POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec — ROCZNIK PIERWSZY — 1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Słów kilka o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.

Napisał

DR JÓZEF TALKO.

Wada ta w ustroju siatkówki ma rozmaite nazwy: »mielinowyja wołokna zritelnaho nerwa« (po rosyjsku), »les fibres nerveuses à double contour«, albo »fibres nerveuses à motlle« »Dunkelconturirte Nervenfasern v. Opticusausbreitung, v. Markhaltige Fasern in der Netzhaut«, lub wreszcie »Markige Hypertrophie d. Nervenfasern der Netzhaut«, »Opaque optic nervefibres«. Ogólnie uznaną jest za wadę wrodzoną oczu, chociaż do tej pory nikt jej nie widział u noworodków.

Zwykle spostrzegamy ją u dorosłych, czasami jednak u dzieci. Nietylko bywa u ludzi, lecz i u niektórych ssących — zwykle zjawia się u królików w postaci poziomych białych tasiem po obu stronach tarczy wzrokowej; u psów wskutek tych włókien tarcza nieraz uwydatnia się ku przodowi (H. Mueller); bywa też i u świń, jak o tem wzmiankowałem, pisząc o tej

wadzie w mojem sprawozdaniu »z oftalmologicznej praktyki«[1]); w oczach wiewiórki na razie zdaje się, że mamy też do czynienia z tą wadą, bliższe jednak zbadanie ciągle ruchliwych, nawet we śnie, oczu przekonywa, że u tego zwierzątka tarcza wzrokowa ma postać białej, poprzeczno wydłużonej taśmy, lecz bez powyższych włókien.

W świeżo nadesłanem mi przez szan. kolegę Strzemińskiego spostrzeżeniu[2]) nie upatruję nic szczególnego, o czem możnaby było rozpisywać się: wada przedstawiała się w obu oczach.

Nie mogę jednak zgodzić się na 2 jego twierdzenia: 1. że nieprawidłowość ta nie wywołuje prawie żadnego zaburzenia widzenia i 2. że jest bardzo rzadką, — tak kol. S. widział ją zaledwo 3 razy na 30.000 chorych.

Już Leber w znanem zbiorowem dziele Saemisch'a i Graefe'go, prócz zwykle powiększonej w takich razach ślepej plamki Mariotte'a, stwierdza, iż nierzadko jednocześnie spostrzega się przypadki astygmatyzmu, lekkich nieprawidłowości soczewki, lub też nawet niewiadomych przyczyn niedowidzenia (amblyopia), czasami w wysokim stopniu, jak n. p. w przytoczonym wypadku Hirschberg'a. Ja sam, biorąc udział w kontrolnej komisyi nowobrańców, przyczyniłem się do uwolnienia jednego osobnika ze służby wojskowej, a to wykazawszy, iż dzięki zbyt obszernemu rozwojowi włókien rdzeniowych w siatkówce prawego oka, nie tylko na znacznej przestrzeni upośledzone było naosiowe widzenie, lecz i w pozostałej części siatkówki bystrość wzrokowa była obniżoną.

Większość jednakże takich osobników wcale się nie skarży na upośledzenie wzroku i tylko przypadkiem wykrywamy wziernikiem tę wadę rozwojową. Badając oczy u wielu tysięcy popisowych i żołnierzy, spotykałem rozpromienienie włókien pod rozmaitemi postaciami, a przytem dość często. Przyłączam się więc pod tym względem do tych, którzy zaliczają tę wadę do

---

1) Gaz. Lek. 1872 r.

2) Patrz Dodatek Nr 2 do protokołu Tow. lek. wileńsk. Nr 4 z r. b.

niezbyt rzadkich. Tak na przykład, sądząc z ostatniego sprawozdania krakowskiej oftalm. kliniki, widzimy, że w roku 1897 na 3501 chorych fibrae medullares zanotowano tylko 3 razy (u 1 mężczyzny i 2 kobiet). Wada ta jest więc pospolitą i nie zgrzeszę, jeśli powiem, że na 1000—2000 chorych zawsze ją znajdziemy choć raz jeden [1]).

Kiedy już potrąciłem tę sprawę, to muszę wzmiankować, że nieraz spostrzegano jednocześnie w oku i inną wadę rozwojową — tak Dr Jareszkiewicz niedawno przedstawił w moskiewskiem oftalm. Towarzystwie kobietę, u której stwierdzono *rozpromienienie włókien nerwowych przy szparze nerwu wzrokowego,* ja spostrzegłem *rozpromienienie włókien nerwowych przy uwłosionym dermoidzie, wyrastającym na brzegu rogówko-twardówkowym,* Leber opisuje *niezborność i nieprawidłowości soczewki* i t. d.

Ciekawe pod tym względem dane czytamy w »Bericht d. Ophth. Gesellschaft« (1898, na str. 269).

Dr Abelsdorff w liczbie 33 Murzynów Aszanti znalazł dwa razy rozpromienienie włókien, u jednego białe promienie rozchodziły się powyżej i poniżej tarczy, u drugiego były widziane w postaci sektora.

Prof. Manz twierdził [2]), że nieprawidłowość ta zwykle bywa spostrzeganą *przy nieprawidłowym stanie ośrodków nerwowego systemu,* osobliwie u idyotów, czego jednak nie stwierdził ani sam Dr A., wziernikując 86 idyotów.

---

[1]) Statystyczne dane z klinicznego materyału nie mogą bynajmniej dać nam wyobrażenia o częstotliwości pewnej choroby lub wady wogóle. Jak wiadomo przy zestawieniu takiem podaje się główną chorobę, dla której ktoś po poradę się zgłasza. Równocześnie mogą zaś zachodzić rozmaite wady inne narządu wzrokowego. Tak się też ma właśnie z wadą, przez autora artykułu omawianą. Włókna rdzeniowe, według naszego doświadczenia, dosyć często zachodzą; przy zestawieniach statystycznych atoli tylko wtenczas zapisywane bywają, jeżeli, silniej rozwinięte, rzeczywiście zaburzenia wzrokowego stają się powodem. Nietylko bowiem plamka Mariotte'a może przez nie doznać znacznego rozszerzenia, ale i wzrok naosiowy bywa niekiedy upośledzony. Zwykle osobliwość ta występuje tylko jednostronnie. *W.*

[2]) Gdzie, kiedy? *W.*

Niedawno znalazłem tę wadę w obu oczach 10 letniego Izraelity, Józefa Semiatyckiego z Lublina: Włókna się rozpromieniały, jak zorze północne, w górnej i dolnej części siatkówki, tuż obok tarcz nerwowych. Słabo umysłowo rozwinięty chłopczyk jest bardzo złym od urodzenia, a przytem od siódmego roku cierpi na padaczkę. Kurcze występują raz lub dwa razy na tydzień. Obie gałki chorego bardzo są wyłupiaste, zapewne wskutek zwężenia, wczesnego skostnienia szwów oczodołowych. Kol. Dr Hechnowicz, który leczy chorego, stwierdza tu *przedwczesne skostnienie* szwów lambdoidalnych i czołowego, ale tylko z boku, przedewszystkiem zaś podstawowych czaszki, która przedstawia się dziwnie wydłużoną ku górze *w kształcie kolumny*. Dziś, po systematycznem używaniu kali bromati, padaczkowe napady są krótsze, rzadsze i tylko w nocy. Przypuszczać można, iż jeśli nieprędko jeszcze skostnieją górno czołowe i strzałkowe szwy, to można będzie zapobiedz rozwojowi idyotyzmu chorego.

2. Nowy sposób operacyjny zmarszczki nakątnej.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Pomiędzy przyrodzonemi wadami powiek należy zmarszczka nakątna (epicanthus) do dość częstych; jeżeli nie liczymy się z nią zbyt poważnie, to dlatego tylko, że mało sprawia zaburzeń, a często później, gdy grzbiet nosa z rozwojem dziecka się podnosi, wada ta staje się mniej wybitną lub nawet zupełnie zaciera się. Ale nawet w razach, gdzie to zatarcie niezupełnie się dokonywa, pozostaje zmarszczka nakątna raczej wadą kosmetyczną, aniżeli czynnościową. Wyjątkowo atoli może ona być bardzo wybitną i nietylko drażnić nasze uczucie estetyczne, ale nadto być zaporą do pewnego stopnia w widzeniu, zwłaszcza, jeżeli łączy się, co nierzadko ma miejsce, z zezem zbieżnym.

Zmarszczka nakątna polega, jak wiadomo, na przesunięciu się skóry z powierzchni nosa na wewnętrzny kąt oka, który mniej więcej pokrywając, przesuwa się zarazem nieznacznie także i ku obu powiekom.

Wspominam tylko pobieżnie o zmarszcze nakątnej *nabytej,* która w większej liczbie przypadków przedstawia bliznowate ścięgi w następstwie przebytych zapaleń powiek, albo też obrażeń; nie będę się też rozwodził nad zmarszczką *pozorną,* wskutek nabrzmienia powiek przy zapaleniach występującą, gdyż jak tamta, tak i ta nie przedstawia przedmiotu operacyjnego; są one zazwyczaj jednostronne, podczas kiedy zmarszczka przyrodzona zwykle na obu występuje oczach.

Bogaty w pomysły Ammon zauważył, co zresztą nie było trudno, że ściągnięcie skóry na grzbiecie nosowym powoduje zniknięcie zmarszczek nakątnych, i na tem spostrzeżeniu oparł swój zabieg operacyjny, polegający, jak wiadomo, na wycięciu owalnego płata na grzbiecie nosowym na wysokości linii łączącej obie źrenice. Ranę powstałą zeszywa się stosownym szwem obwódkowym. Atoli sposobowi temu zarzucić trzeba najprzód to, iż rzadko usuwa dostatecznie zbytni obszar skóry, dalej, że ubytek owalny nie odpowiada zupełnie postaci zmarszczki, a przedewszystkiem, że zazwyczaj powstaje blizna zbyt widoczna na samym grzbiecie nosa.

Znaleźli się, co prawda, operatorzy, którzy nawet dla wzmożenia skutku polecali rany wcale nie zeszywać, by przez ropienie spowodować silniejsze wytworzenie blizny, wątpię atoli, by ceniący się operator nowoczesny chciał pójść za tą radą.

Wytworzenie blizny na nosie, a zatem na miejscu tak podpadającem, blizny szpecącej nawet przy rychłozroście, a tem więcej, gdy do niego nie przychodzi u dzieci niespokojnych, przeszkadzających rychłozrostowi, musiało wielu od wykonywania operacyi zmarszczki nakątnej odwodzić, kiedy długi czas o operacyi tej nie wspominano wcale, nie mogąc poleconej operacyi zastąpić czemś lepszem, aż dopiero Arlt, uznając także ujemne strony postępowania Ammon'a, nieśmiało polecał w zbio-

rowem dziele Graefe'go i Saemisch'a[1]) swój sposób, zmierzający do tego, by wprost zaczepić samą zmarszczkę nakątną. Wycina on płat romboidalny, którego jedna połowa trójkątna zwrócona do góry, druga ku dołowi, i zeszywa ranę 3—5 szwami. —

Według mego doświadczenia, opierającego się na kilku przypadkach, postać ubytku skóry nie odpowiada także nadmiarowi skóry, zakrywającej wielki kąt oka, a nadto zespojenie skóry nie zawsze prawidłowo się udaje. Stąd skutek pod względem kosmetycznym niezupełny, a nierzadko przez wytworzenie blizn nawet łatwo powstać może zeszpecenie. W kilku następnych przypadkach wycinałem, mniej więcej w okolicy wewnętrznego kącika oka, stojący owal skóry, ale i teraz skutek okazał się pod względem kosmetycznym niezupełnym, a to z tej prostej przyczyny, że i ten ubytek skóry niedostatecznie pod względem postaci zmarszczkę usuwał.

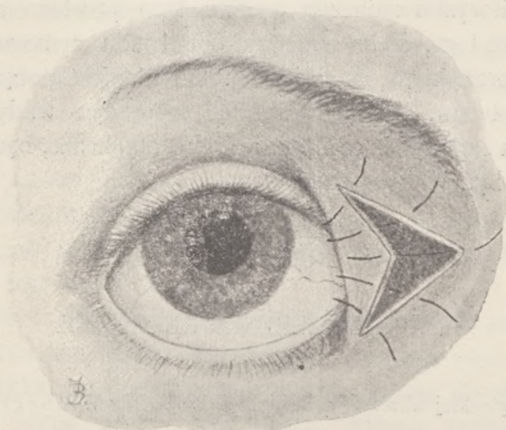
To naprowadziło mnie przed kilku laty na myśl dalszego zmienienia wycinania skóry przy samej zmarszczce, i to w sposób, któryby odpowiadał wielkością i postacią przesuniętej skórze. Oczywiście stosuję sposób ten tylko w przypadkach bardzo wybitnych, lubo można to czynić także ze względu na kosmetykę nawet w najlżejszych, byle wielkość płata odpowiadała stosunkom anatomicznym.

Robię więc, po należytem wygładzeniu skóry, w kącie wielkim noso-ocznym dwa cięcia, od 4 do 8 milimetrów długie, które biegną w kierunku górnej, względnie dolnej powieki rozbieżnie i tworzą kąt mniej więcej ostry, zwrócony ku gałce. Od końców tych boków wyprowadzam dwa drugie cięcia, krótsze, wracające ku nosowi zbieżnie, a tworzące kąt, od pierwszego mniej ostry, prosty, a nawet rozwarty, stosownie do skutku, jaki osiągnąć zamierzamy. Płat tak objęty temi czterema liniami wycina się, a ranę zeszywa kilku szwami. Skutek okazuje się natychmiast. Sposób prowadzenia cięć, względnie postać płata

---

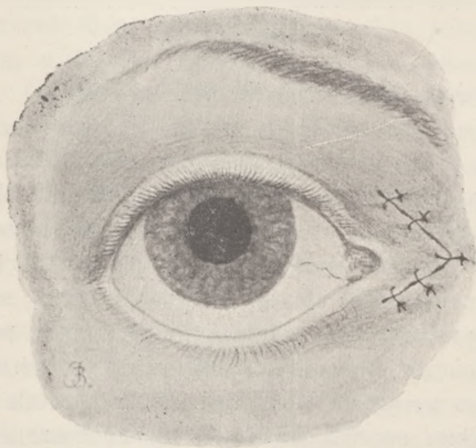
[1]) Operationslehr. Z. III., str. 443.

skórnego pokazuje rys. 1. Wynik po zeszyciu rany przedstawia nam szematycznie rys. 2. Gdy rychłozrostowi nawet niespokojne



Rys. 1.

zachowanie operowanego dziecka nie stoi na przeszkodzie, pozostaje on trwałym.



Rys. 2.

Nie potrzebuję naturalnie dodawać, że przy obustronnej wadzie operacya po obu stronach wykonaną być winna, czy

to równocześnie, czy też po sobie. Odkąd posługuję się tym sposobem, nie miałem ani zeszpecenia przez blizny, ani też żadnego niewystarczającego wyniku tego prostego rękoczynu.

Wobec tego, że on wszelkim odpowiada wymogom i wskazaniom operacyjnym, z najmniejszem nie jest połączony niebezpieczeństwem, sądzę, że odtąd operacya wady, przedewszystkiem szpecącej, częściej, aniżeli dotychczas, będzie mogła i powinna być wykonywaną.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie:

Dwa przypadki mięsaka rogówki.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI,
asystent kliniki.

W dwóch poprzednich zeszytach »Postępu« ogłosił Prof. Wicherkiewicz pracę o złośliwych naroślach rogówki, w której to pracy pomieścił dokładne zestawienie podobnych przypadków ogłoszonych w nowszej literaturze okulistycznej, uwzględnił zarazem dawniej opisane przypadki, wreszcie dorzucił cztery własne spostrzeżenia z lat ostatnich i na tak przedstawionym materyale statystycznym oparł swój pogląd na naturę, przebieg, rokowanie i leczenie tych nowotworów. W jednem miejscu swej pracy potrąca Prof. Wicherkiewicz o przysłowiową *multiplicitas casuum*. Istotnie narośle rogówkowe, wogóle rzadkie, spostrzegaliśmy w klinice naszej w ostatnim roku stosunkowo często i oprócz przypadków, w wyżej wymienionej pracy przedstawionych, mieliśmy niedawno sposobność widzieć dwa jeszcze. Żałować tylko wypada, że obie chore, do których się te przypadki odnoszą, zgłosiły się w kwietniu

b. r., podczas nieobecności Prof. Wicherkiewicza. Ponieważ zatem szef mój nie spostrzegał ich osobiście, przeto zdał ich opis na moje nieudolne pióro. —

Przypadek 1. Dnia 6 kwietnia b. r. zgłosiła się do kliniki 45 letnia wieśniaczka M. W. z Głodówki, zaniepokojona ustawicznem powiększaniem się guzka, który jej wyrósł na prawem oku i coraz bardziej wzrok przysłania. Wedle opowiadania chorej, oko prawe już przed rokiem zaczęło się od zewnętrznego kącika czerwienić, poczem utworzył się mały pryszczyk i zaczął się powiększać powoli, ale nieustannie. Zresztą anamneża we wszystkich kierunkach ujemna.

Badanie wykazało, co następuje: Chora dobrze zbudowana i nieźle odżywiona. Spojówka gałkowa prawego oka od skroni silnie nastrzykana. Z kącika zewnętrznego dążą do rąbka spojówkowego liczne, gęsto obok siebie ułożone, grube i lekko kręcone naczynia, w szczególności żyły. Prawie całą zewnętrzną połowę rogówki pokrywa narośl wielkości ziarna małej fasoli (10 mm $\times$ 7 mm $\times$ 6 mm), całą swoją podstawą przylegająca, względnie przyrośnięta do rogówki, jakoby z kilku płatów złożona, z których dolny największy. Narośl ta posiada barwę cielisto-różową, a w kilku miejscach okazuje drobne krwawe podbiegnięcia. Utkanie jej jest dość zbite, a przytem do pewnego stopnia sprężyste. Część rogówki nie pokryta naroślą przedstawia się prawidłowo, z wyjątkiem małej powierzchownej nadżerki w środku, niewątpliwie urazowego pochodzenia. Przednia komórka prawidłowo głęboka. Źrenica wąska, okrągła, ruchoma i czarna. Dno oka bez zmian. Gruczoły przyuszne i karkowe nie powiększone. V. p. o. = $^6/_{36}$; szkła nie poprawiają. Tn. Lewe oko pod każdym względem prawidłowe.

Dnia 7 kwietnia wykonano operacyę. Kilka cięć nożem Graefe'owskim wystarczyło, aby oddzielić narośl, z pod której ukazała się rogówka nie tylko zupełnie przeźroczysta, ale okazująca nawet na powierzchni prawidłowy połysk, znamionujący obecność nienaruszonego przybłonka. Jedynie linia graniczna, rozdzielająca rogówkę na część pierwotnie wolną i na część poprzednio nowotworem pokrytą, — znaczyła się szara-

wem, lekko wystającem zaćmieniem, podobnem do delikatnej listewki. Narośl, w ten sposób raczej odklejona, niż odcięta od rogówki, trzymała się jeszcze na cienkiej i krótkiej szypule, przyrośniętej górą zewnątrz, na samej granicy rogówki do rąbka spojówkowego. Szypułę tę przecięto nożyczkami przy samej spojówce, przyczem powstał dość silny krwotok z licznych naczyń, które tą drogą do guza dążyły. Poprószono rankę kseroformem i założono opaskę.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Gdy badanie drobnowidowe wyciętej narośli, przez Doc. Dra Ciechanowskiego uprzejmie podjęte, wykazało w niej utkanie mięsaka, złożonego z komórek wrzecionowatych, wśród których zrzadka rozrzucone były komórki barwikowe, — przypalono (12 kwietnia) dla wszelkiej pewności miejsce, skąd wyrastała szypuła, galwanokauterem.

Dnia 13 kwietnia stwierdzono stan oka następujący: Spojówka gałki blada, w szczególności gęsta powłoka żył, które dawniej od narośli do skroniowego kącika dążyły, znikła prawie bez śladu. W miejscu przypalenia mały strupek szary. Rogówka wyjaśniła się niemal zupełnie. Dno oka prawidłowe. V. p. o. = $^{6}/_{8-6}$ Hp + 1,25 D, Snel. 0,5 *c* + 2 D : 30 cm. W dniu tym chora opuściła klinikę, przyczem polecono jej pojawić się po miesiącu z powrotem. Do tej pory jednak jeszcze się nie zgłosiła.—

Przypadek 2. Dnia 12 kwietnia b. r. przybyła do kliniki R. L., 53 letnia Izraelitka z Liska, z powodu zapalenia oczu, na które od wielu lat cierpi. Jeśli można przywiązywać wagę do dość bałamutnych podań chorej i jej męża, to przed sześciu miesiącami miała zauważyć po raz pierwszy guzek różowy na lewem oku. Prócz tego rzekomo od lat dziesięciu ma mieć guz na szyi po lewej stronie.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chora źle zbudowana i słabo odżywiona, przytem obustronnie zupełnie głucha. Spojówka powiek lewego oka, przekrwiona i zgrubiała, okazuje dość liczne ziarna jaglicowe i blizny. Górną część rogówki pokrywa narośl kształtu półkolistego, niezbyt wyniosła, prze-

chodząca górą łagodnie w twardówkę, całą podstawą zrośnięta z rogówką, barwy blado-różowej, o powierzchni gładkiej, lśniącej, a utkaniu zbitem. Rogówka prócz tego okazuje w górno-skroniowej części powierzchowne zaćmienie o nierównej powierzchni. U prawego oka na spojówkach przeważają blizny jaglicowe. Na szyi, po stronie lewej, tuż poniżej dolnej szczęki guz mało ruchomy, gładki, wielkości gołębiego jaja. Badanie wzroku z powodu zupełnej głuchoty chorej dało wyniki całkiem niepewne. Rozpoznanie brzmiało: Conjunctivitis granulosa in st. II. et III., tumor ad partem superiorem corneae oc. sin., cicatrices conjunctivae post trachoma oc. dextri.

Dnia 13 kwietnia wykonano operacyę: przy odcinaniu narośli nożykiem Graefe'go pokazało się jednak, że jest ona z rogówką ściśle złączona i wnika w jej miąższ tak, że o całkowitem oddaleniu mowy być nie może. Po odkrojeniu zatem części wystającej przypalono resztę galwanokauterem i po zatamowaniu krwotoku założono opatrunek. Chora była leczona dalej ambulatoryjnie.

Badanie drobnowidowe wyciętej narośli, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej, wykazało typowe utkanie mięsaka.

Na mleczno-białej bliźnie, powstałej w miejscu, gdzie nowotwór z rogówki wyrastał, wytworzyło się w przebiegu pooperacyjnym owrzodzenie, i to dwukrotnie, raz górą, tuż przy rąbku spojówkowym, drugi raz nieco niżej. Jednym i drugim razem wrzód zagoił się pod wpływem maści kseroformowej, atropiny i opaski. Powstanie tych owrzodzeń łatwo wytłomaczyć zakażeniem miejscowem, wywołanem przez jad jaglicowy. Ze względu na jaglicę stosowano przez dłuższy czas naprzemian azotan srebrowy, maść kseroformową i proszek borotanninowy. Pod wpływem tych środków stan spojówki z czasem się poprawił tak, że dnia 23 maja pozwolono chorej odjechać do domu. W dniu tym zanotowano: wydzielina spojówkowa skąpa, przekrwienie spojówek mniejsze. Na rogówce górą gruba, zbita, biała blizna, dość ostro ograniczona, skąpo unaczyniona, okazująca w środku nieznaczne zagłębienie.

Mimo przedstawień i namów chora nie chciała się udać

do kliniki chirurgicznej, aby tam poddać się wyłuszczeniu guza na szyi. Określenie anatomiczne natury tej narośli byłoby jednak bardzo pożądane. O dalszych losach chorej nie mamy dotąd żadnych wiadomości. —

Taką jest historya tych dwóch przypadków, które mają stanowić dalszy ciąg spostrzeżeń Prof. Wicherkiewicza. Po wyczerpującem i wszechstronnem roztrząśnieniu, jakiego doznała sprawa złośliwych narośli rogówkowych w wyżej wymienionej monografii, nie pozostaje mi nic więcej do dorzucenia, jak tylko tyle, że w moich spostrzeżeniach nie ma nic, coby stało w sprzeczności z ogólnymi wywodami Prof. Wicherkiewicza. W każdym razie w pierwszym z opisanych przypadków zasługuje na uwagę okoliczność, że mięsak miał tu pierwotnie niewątpliwie postać, jakiej zazwyczaj nie przybiera, mianowicie postać uszypułowanego polipa, który, zwisając własnym ciężarem i pokrywając częściowo rogówkę, przylgnął, a wreszcie przyrósł do niej dosyć mocno. Można też zrobić przypuszczenie, że był to zrazu zwyczajny uklej (polip) spojówkowy, wyrastający, jak to nierzadko się zdarza, z rąbka przytwardówkowego, polip, który z biegiem czasu uległ przeobrażeniu w złośliwy mięsakowy nowotwór. W takim razie nie mielibyśmy do czynienia z naroślą rogówkową, a tylko z nowotworem spojówki. W drugim zaś przypadku podnieść należy, jako rzecz osobliwą, że mięsak wniknął tu głęboko w sam miąższ rogówki, a wiadomo, że takie zachowanie się, właściwe rakowi, stanowi u mięsaka rzadki wyjątek. — Nakoniec stwierdzam ze zadowoleniem, że w obydwu przypadkach wybraliśmy z kol. Dr. Łuniewskim postępowanie lecznicze, w szczególności operacyjne, zgodne z zasadami, jakie szef nasz przy końcu swej pracy wygłosił.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do wielkości szpary powiekowej u inorodczych plemion w Rosyi. Dr Łobanow (»Wiestnik Oftałmołogii«, zeszyt II. 1899).

Ze wszystkich inorodczych plemion, zamieszkujących obszary Rosyi, jaglica najczęściej spostrzegać się daje wśród Czuwasów, wahając się od 20 do 92,64% na ogólną liczbę tego ciekawego pod względem antropologicznym plemienia. To też Prof. Adamiuk słuszne wypowiedział podejrzenie, azali na potwornie grasującą chorobę wśród tych plemion znana wąskość szpary powiekowej nie posiada wpływu. W dalszym ciągu lekarze Tiepliaszin, Dobrosierdow, Kuszew i Łobanow dokonali pomiarów szpary na Rosyanach, Wotiakach, Czeremisach, Mordwie, Tatarach i Czuwasach, lecz wyniki, z doświadczeń tych otrzymane, nie wyjaśniły jeszcze całkowicie, o ile jaglica jest zależną od wielkości szpary powiekowej.

Sprawa ta zostanie niewątpliwie rozstrzygniętą wówczas, kiedy materyału, jaki otrzymali powyżsi lekarze, tyle cennego pod względem antropologicznym, nagromadzi się więcej. Dr Łobanow posługiwał się przy mierzeniu szpary powiekowej nie strabometrem Lawrence'a, jak to czynili pozostali, ale przyrządem Horstmann'a. Przytem Dr Ł. zwracał uwagę na rozmiary i położenie punkcików łzowych.

Średnio biorąc, długość i szerokość szpary przedstawia się w następujących liczbach:

	długość szpary	szerokość szpary
u Rosyan:	28—30 mm;	10—11 mm;
» Wotjaków:	26—28 »	10—11 »
» Czeremisów:	27,73 »	8,26 »
» Mordwy:	27 »	
» Czuwasów (mężcz.):	24—28 »	6—10 »
» Czuwasek:	22—27 »	5— 9 »
» Tatarów (mężcz.):	24—30 »	6—12 »
» Tatarek:	23—30 »	7—11 »

Dr Rudin zauważył, iż, jeśli wziąć jednakową liczbę Rosyan i Czeremisów, z równą długością i szerokością szpary powiekowej, to wówczas procent chorych na jaglicę Rosyan waha się od 15 do 25, Czeremisów zaś 44 do 52%. Dr Łobanow z doświadczeń swych przekonał się, że Czuwasi i Tatarzy z najkrótszą i najwęższą szparą powiekową wszyscy posiadają jaglicę (100%), i że Czuwasi ze szparą długości 31—32 mm. częściej mieli do czynienia

z jaglicą, aniżeli ci, co mieli szparę długości 28—29—30 mm. W miarę zwiększania się szerokości szpary powiekowej, nie zmniejsza się liczba chorych na jaglicę bynajmniej. Zarost punkcików łzowych, lub też zmniejszenie takowych spotyka się u chorych na jaglicę częściej, aniżeli u zdrowych. *Włodz. Talko.*

Das Weinen und Thränen der Neugeborenen. Dr L. de Wecker z Paryża (»Klinische Monatsblätter«, czerwiec. 1899).

Na ostatnim zjeździe okulistów w Heidelberdze wygłosił Prof. Axenfeld odczyt p. t. »Physiologie und Histologie der Thränendrüse«, w którym między innemi postawił twierdzenie, że u noworodków i u dzieci w trzech lub czterech pierwszych tygodniach życia nie istnieje ani odruchowy, ani psychiczny płacz, chociaż nerw łzowy jest już dobrze rozwinięty. Tę niemożność płaczu, połączonego, rozumie się, z łzawieniem, przypisuje Axenfeld głównie zupełnemu brakowi adenoidalnej, limfatycznej tkanki międzymiąższowej, której obecność wykazał w gruczole łzowym u dorosłego. Wecker w wyżej wymienionym artykule przeciwstawia twierdzeniu temu zapatrywanie odmienne. Mając na względzie z jednej strony spostrzeżenie, że płacz jest wyłącznym przywilejem człowieka, a nie spotyka się u żadnego zgoła zwierzęcia i nawet u najwyżej rozwojem stojących ssawców, t. j. u małp, nie istnieje,— a z drugiej strony opierając się na stwierdzonym fakcie, że tylko człowiek posiada obustronnie po dwa gruczoły łzowe (oczodołowy i powiekowy Rosenmueller'a), podczas, gdy w świecie zwierzęcym prawie nigdzie się nie spotykamy z gruczołem powiekowym: przychodzi do wniosku, że podczas płaczu właśnie gruczoł Rosenmueller'a łzy wylewa, gdy w zwykłych warunkach gruczoł oczodołowy ma za zadanie zraszać i opłukiwać łzami rogówkę. Zapatrywanie to popiera Wecker także spostrzeżeniami klinicznemi. Opowiada o pewnej damie, której Chibret usunął po jednej stronie gruczoł Rosenmueller'a i która, ilekroć potem płakała, roniła łzy tylko okiem nieoperowanem, drugie zaś pozostawało suchem. Z własnego zaś doświadczenia opisuje autor szczególne cierpienie pewnego mężczyzny, który, nie będąc zresztą wcale nerwowo rozstrojonym, posiadał niepowściągnioną skłonność do silnego płaczu przy lada najmniejszem wzruszeniu. Na przykład w teatrze podczas scen cokolwiek tylko wzruszających nie był w stanie powstrzymać się od gwałtownego łkania ku zdziwieniu i rozweseleniu sąsiadów. Obustronne wyłuszczenie gruczołu Rosenmueller'a uwolniło go od tej bardzo niemiłej przypadłości. Wracając do płaczu noworodków, wykazuje najpierw, że w pierwszych tygodniach życia rozwój duchowy pozostaje na tak niskim stopniu, iż o podobnej pobudce

psychicznej, jaka sprowadza płacz u starszego dziecka lub u dorosłej osoby, mowy być nie może. Pobudka taka jest jednak koniecznym warunkiem do powstania płaczu, a działaniem jej tłomaczymy sobie równoczesne łzawienie tak samo, jak napływanie śliny do ust na wspomnienie lub na widok smacznej potrawy. U obłąkanych, w przypadkach, gdzie życie duchowe zagasa i człowiek popada w pewnego rodzaju zezwierzęcenie, — widzimy zupełną niezdolność do prawdziwego płaczu, gdy tymczasem odruchowe łzawienie oczu możemy w każdej chwili z łatwością wywołać. Nakoniec wypowiada Wecker zdanie, dla którego nawet w histologicznych badaniach samego Axenfeld'a szuka potwierdzenia, że właśnie gruczoł Rosenmueller'a jest u noworodka niedostatecznie wykształcony, niewątpliwie z tego powodu, że nie doznaje jeszcze nerwowych podrażnień, któreby go do czynności podniecały. Bodźce te zjawiają się dopiero później i przyspieszają anatomiczny rozwój gruczołu. *Dr K. W. Majewski.*

Ueber das Rothwerden des Eserins. Dr O. Hallauer Basel (»Zeitschrift f. Augenheilk.« Z. 4. 1899).

Tak często jako mioticum stosowana ezeryna posiada tę wadę, że szybko się rozkłada, wytwarzając barwik, który Duquesnel w 1872 r. nazwał rubrezeryną. Oprócz tego taka rozłożona ezeryna wywołuje uboczne działanie, jak n. p. niemiłe uczucie ściągania, szarpania, połączone nieraz z piekącym bólem.

Za przyczynę czerwienienia ezeryny podają niektórzy: 1. dostęp światła, 2. dostęp powietrza, szczególnie zawierającego amoniak.

W celu zbadania prawdziwości tych twierdzeń przeprowadził autor następujące doświadczenia: Napełnił 8 flaszek zwyczajnych i 8 ciemnych trojakimi rozczynami eserin. sulf. W każde 2 białe i 2 ciemne flaszki wlał: 1. ezerynę rozpuszczoną w gotowanym 4% rozczynie kwasu borowego. 2. ezerynę rozpuszczoną w gotowanej wodzie przekroplonej. 3. ezerynę rozpuszczoną w zwykłej wodzie przekroplonej. Z tego jednę parę flaszek wstawił do szczelnie zamkniętej szafki, inne postawił przy oknie. Okazało się, że rozczyny z pod 2, 3, tak w jasnych, jak i w ciemnych flaszkach, najprędzej (24 godz.) czerwieniały, później z pod 1, i tak: 8 dni w jasnych, 21 dni w ciemnych, a najdłużej, bo po trzech miesiącach, w szafce.

Badając, które promienie wpływają na rozkład, doszedł, że najwięcej niebieskie, a najmniej zielone.

Ogrzewając zaś te rozczyny, przekonał się, że czerwienienie powstaje przy 80° C, na co dodatek kwasu borowego nie miał żadnego wpływu.

Dalszemi doświadczeniami stwierdził, że rzeczywiście w obecności amoniaku występuje czerwone zabarwienie, jak również, że kwas siarkawy, na co już Hesse w 1867 r. zwrócił uwagę, jest w stanie wystąpienie tegoż powstrzymać. Oprócz tego rozczyny z dodatkiem kwasu siarkawego przy ogrzaniu do 100° C pozostawały czyste, a wystawione na światło nawet w białych flaszkach (szczególnie ezer. salicyl.), dopiero po trzech miesiącach zaczęły się zabarwiać.

Wkońcu z doświadczeń tych wyciąga autor następujące wnioski, że:

1. dotychczas nie mamy przetworów ezeryny, któreby się nie rozkładały.

2. na rozkład wpływają najwięcej promienie niebieskie.

3. mamy dwa środki zmniejszające rozkład ezeryny: a) kwas borowy, b) kwas siarkawy; rozczyny jednak z dodatkiem kwasu siarkawego są lepsze, bo nie zmieniają się ani na świetle, ani przy dostępie amoniaku, ani przy ogrzaniu ponad 80° C i mogą być przechowywane w zwykłych buteleczkach.

4. dodatek kwasu borowego lub kwasu siarkawego nie zmniejsza działania.

5. salicylan ezeryny z dodatkiem kwasu siarkawego (acid. sulfurosum 1—2 kropli na 30.0 rozczynu) najpóźniej się rozkłada.

Łuniewski.

Schwere Nachblutung nach Iridectomie in Folge von Haemophilie. Dr Edward Zirm z Ołomuńca (»Centralblatt für Augenheilkunde«. Czerwiec 1899).

Nierzadko się zdarza, że dopiero silny i długotrwały krwotok podczas lub po operacyi przywodzi na myśl operatorowi możliwość, że ma przed sobą krwawca, a badanie ogólne chorego i wywiady niejednokrotnie potwierdzają to przypuszczenie — po niewczasie. Tak się też przydarzyło autorowi wyżej wymienionej pracy. Wykonał on u 62 letniego rzemieślnika, dotkniętego na obydwu oczach przewlekłą jaskrą zapalną, obustronnie szerokie, dobrzeżne wycięcie tęczówki. Chory na lewem oku miał już zaledwie tylko poczucie światła, a prawem widział jeszcze $^{6}/_{36}$ przy znacznem, współśrodkowem ścieśnieniu pola widzenia. Ostrych napadów jaskry, a tem mniej krwotocznej postaci tejże wywiady bynajmniej nie wykazywały, przeciwnie wzrok miał podupadać stopniowo, bez wszelkich burzliwych objawów. — T. obustronnie + 1. — Już podczas samej operacyi zaniepokoiło Dra Zirma tak szerokie rozwarcie się rany, jakie przy cięciu nożem grotowym prawie nigdy się nie wydarza. Dodać jednak należy, że chory był niespokojny. Ale na razie prócz miernego krwotoku do przedniej komory żadnego innego powikłania

nie zauważono. Dopiero w szóstym dniu po operacyi dostał chory gwałtownych bólów, a badanie wykazało obustronnie obrzęk i zaczerwienienie powiek, przednie komory pełne świeżej krwi, przytem napięcie wzmożone. Nazajutrz po zdjęciu opaski, która była już krwią przesiąknięta, znaleziono w szparze powiekowej lewego oka rozgniecioną soczewkę, najwidoczniej wypchniętą parciem krwi, a rana była pokryta krwawymi skrzepami. Od tego czasu krew przez 12 dni sączyła się nieustannie z ziejącej rany lewego oka, które było mimo tego bardzo napięte. Prawe oko, także napięte, miało ranę zamkniętą, ale przednia komora cała krwią wypełniona, przytem spojówka, a nawet skóra powiek — krwią podbiegłe. W dalszym przebiegu dostał chory dwukrotnie gwałtownego krwawienia z nosa, które z trudnością tylko utamowano, wreszcie wystąpiły liczne plamy wybroczynowe na skórze rąk, nóg i tułowia. Co do oczu sprawa zakończyła się obustronną ślepotą, a obie gałki, zniszczone wewnętrznym krwotokiem, przeszły ostatecznie w zupełny zanik.

Badanie ogólne, podjęte dopiero w kilka dni po operacyi, wykazało miażdżycę tętnic bardzo znacznego stopnia. Na skórze znaleziono liczne ślady dawniej przebytych krwawych wysypek. Chory, wypytywany teraz szczegółowo, opowiedział, że najmniejsze skaleczenie przypłaca zawsze znaczną utratą krwi, a zdarza się nieraz, że krwotoku z nosa, który go często nawiedza, przez cały dzień nie jest w stanie utamować. Dziedziczności wstępnej ani zstępnej nie można było wykazać, — ale nie ulega wątpliwości, że autor miał w tym przypadku nieszczęście operować człowieka, dotkniętego krwawiączką (haemophilia). *Dr K. W. Majewski.*

Die Pathologie der experimentellen Chinin-Amblyopie.

Dr Ward A. Holden z Nowego Jorku (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. II. 1899).

Doświadczenia swe wykonywał autor na psach, zastrzykując im podskórnie chininę *(chininum bimuriaticum carbamidatum)* w ilości 0,07 gr. na kilogram wagi zwierzęcia na dawkę. W największej liczbie przypadków obraz kliniczny zatrucia był następujący: Wkrótce po wstrzyknięciu trującej dawki rozszerzają się źrenice, rogówka staje się niewrażliwą na dotyk, a zwierzę dostaje wymiotów, zatacza się i w przeciągu 30 do 40 minut traci zupełnie wzrok i słuch. Badanie dna oczu wziernikiem wykazuje wtedy wyraźnie zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, a naczynia siatkówkowe, tak żyły, jak i tętnice, są do tego stopnia zwężone, że światła ich prawie dostrzedz nie można. Po 1—2 dniach naczynia te jednak wypełniają się krwią znowu, a wzrok w znacznej części powraca. Chcąc uzy-

skać trwałą ślepotę, trzeba zwierzęciu podawać następnie — codziennie mniejsze dawki chininy, albo po dwóch dniach powtórzyć dawkę trującą. Psy, w ten sposób zatrute, uśmiercał autor w uśpieniu chloroformowem przez wypuszczenie krwi z żył. Natychmiast po zabiciu przystępywał do rozbioru zwłok i poddawał szczegółowemu badaniu drobnowidowemu siatkówkę, nerw wzrokowy i korę mózgową.

Oto wyniki, do jakich go te badania doprowadziły:

Mimo wyraźnego zwężenia tętnic, nie znalazł żadnych zmian histologicznych w ścianach naczyń siatkówki i nerwu wzrokowego. Sprawa polega zatem tylko na czynnościowym skurczu naczyń siatkówkowych, zwłaszcza tętnic, poczem wytwarza się surowicza wypocina, zawierająca dużo białka i gromadząca się głównie w warstwie włókien nerwowych. W krótkim czasie przychodzi do zwyrodnienia i zaniku tychże włókien nerwowych, a ponadto komórek zwojowych siatkówki i ich osiowych wypustek (Axencylinderfortsätze). Na razie trudno rozstrzygnąć, czy to zwyrodnienie jest bezpośrednim skutkiem działania krwi przesyconej chininą, czy też następstwem niedostatecznego dowozu krwi, spowodowanego skurczeniem się naczyń pod wpływem chininy. Za ostatniem przypuszczeniem zdaje się przemawiać ta okoliczność, że zwyrodnienie obejmuje te tylko warstwy siatkówki, które otrzymują krew z naczyń siatkówkowych, t. j. warstwę włókien nerwowych, komórek zwojowych i warstwę ziarnistą wewnętrzną, podczas gdy warstwa ziarnista zewnętrzna, pręciki i czopki i przybłonek barwikowy, a zatem części siatkówki, odżywiane głównie przez *choriocapillaris* naczyniówki — nie ulegają żadnym zmianom. Z warstwy włókien nerwowych przenosi się zanik wyżej na tarcz i pień nerwu wzrokowego. —

Do dokładniejszego zrozumienia szczegółów tej pracy przyczyniają się wielce wyborne ryciny, przedstawiające drobnowidowe obrazy omawianych zmian histologicznych. *Dr K. W. Majewski.*

Zur Casuistik der einseitigen, homonymen Hemianopsie corticalen Ursprungs, mit eigenartigen Störungen in den sehenden Gesichtsfeldhälften. Dr Th. Gelpke z Karlsruhe (»Archiv f. Augenheilkunde«. T. XXXIX. Z. II. 1899).

Autor miał sposobność spostrzegać przypadek, wielce ciekawy tak pod względem chirurgicznym, jak i ze stanowiska okulistyki. Pewien młody Włoch, spadłszy ze znacznej wysokości, ugodził głową o żelazną szynę i zdruzgotał sobie lewą połowę kości potylicznej, której drobne kawałki zostały w znacznej części wgniecione w głąb czaszki. Dolno zewnętrzna część lewego płatu potylicznego została zupełnie zmiażdżoną (cuneus, fissura calcarina). Przebieg był bardzo

ciężki i groźny, ale po 4 miesiącach rana w czaszce zamknęła się wreszcie, a chory z tego ciężkiego uszkodzenia mózgu nie wyniósł żadnego zaburzenia w zakresie ruchu lub czucia. Okazywał teraz jedynie amnezyę wsteczną, a prócz tego utracił zdolność oryentowania się. Wprawdzie po pokoju poruszał się dosyć swobodnie, ale w mieście (Karlsruhe), które dawniej znał doskonale, nie mógł już teraz znaleść nigdy właściwej drogi. Najciekawsze jednak zaburzenia wystąpiły w zakresie zmysłu wzroku. Zewnętrzne wejrzenie oczu, ruchomość gałek, oddziaływanie źrenic, bystrość naosiowa, akomodacya, — wszystko to było prawidłowe. Natomiast badanie pola widzenia wykazało równoimienną, prawostronną, połowiczą ślepotę. Nie w tem jednak leży najciekawszy rys tego przypadku, boć przy zniszczeniu kory w płacie potylicznym wystąpienie ślepoty połowiczej nikogo nie zadziwi, ale osobliwość stanowią tu nieprawidłowości w obydwu lewych, zachowanych połowach pola widzenia. Autor przekonał się, że z tej strony istniało też ścieśnienie granic, i to dla różnych wrażeń wzrokowych różne. Badając po kolei znaczkami kwadratowymi, trójkątnymi, białymi i różnobarwnymi, wreszcie płomieniem świecy, znalazł względnie najszersze, rozumie się, połowicze pole widzenia dla poczucia światła wogóle, daleko większe ścieśnienie dla poczucia kształtów (rozróżnienie trójkąta od kwadratu), a potem kolejno coraz mniejsze pole dla poszczególnych barw. Przy próbie Holmgren'a dobierał chory włóczki nienagannie, ale żadnej barwy nie był w stanie nazwać właściwie.

Dr Gelpke tłomaczy ten przypadek w następujący sposób: Zmiażdżenie lewego płatu potylicznego usprawiedliwia dostatecznie ślepotę połowiczą. Zwężenie pola widzenia w zachowanej jego połowie najprędzej dałoby się odnieść do równoczesnego obrażenia prawego płatu potylicznego (może ucisk skutkiem krwotoku). Przyjmując za Wilbrand'em, że ośrodki dla poczucia barw i kształtów leżą w powierzchownych warstwach kory, a głębiej umieszczone są ośrodki dla wrażeń świetlnych bliżej nieokreślonych, — możnaby przypuścić, że właśnie wierzchnia warstwa kory mózgowej najbardziej tu ucierpiała, co się zgadza z obrazem pola widzenia. Niezdolność właściwego nazywania barw przy zachowanej zdolności ich rozróżniania (die motorische Alexie für Farben) mogłaby powstać wskutek przerwania dróg nerwowych, łączących ośrodek dla poczucia barw z ośrodkiem mowy, co w tym przypadku było możliwe. Najtrudniej jest wyjaśnić upośledzenie zdolności oryentacyjnej. Że zwężenie pola widzenia nie pociąga za sobą koniecznie tego zaburzenia, na to istnieją dowody w niektórych spostrzeżeniach klinicznych. I tak opowiada autor o pewnym chorym, okazującym obustronne, wrodzone zwyrodnienie barwikowe siatkówki i bardzo znaczne

zwężenie (do 15°) pola widzenia. Chory ten, mając pełną, naosiową bystrość wzroku, został wzięty do wojska, jest obecnie porucznikiem w czynnej służbie i nie zdradza najmniejszej trudności w oryentowaniu się. W podobnych przypadkach należy raczej poszukiwać przyczyny w ośrodkach mózgowych. I tu przechyla się autor na stronę teoryi Peters'a, wedle której uszkodzenie włókien nerwowych, łączących płaty potyliczne z przedniemi częściami mózgu i przechodzących przez spoidło wielkie, ma powodować to szczególne zaburzenie. Otóż, zdaniem autora, w jego przypadku mogło przyjść do zniszczenia tych włókien lub przynajmniej do przerwania ich ciągłości, mianowicie przy zakładaniu sączka do bocznej komory mózgu, który to zabieg trzeba było w przebiegu choroby wykonać celem wypuszczenia nadmiaru płynu mózgo-rdzeniowego.

Dr K. W. Majewski.

Bindehautcatarrh nach Einträufelung von Arg. nitricum bei Neugeborenen. Dr H. Kramer. (»Centralblatt für Gynäkologie« z 4 marca 1899).

Wiadomo, że Kohn, opierając się na wielkiej liczbie spostrzeżeń, doszedł do wniosku, że rzeżączkowe zapalenie spojówek noworodków stało się cierpieniem rzadszem od czasu, gdy przyjęto ogólnie sposób zapobiegawczy Credé'go i że zabieg ten jest zupełnie nieszkodliwy, a silniejszy odczyn ze strony spojówki, jaki wyjątkowo się zdarza, należy wziąć na karb błędów w wykonaniu przepisów Credé'go. Z drugiej strony Hosch podaje, że widział w wielu razach po zakropleniu azotanu srebra silne zapalenie spojówek z wydzieliną śluzoworopną. —

Ta niezgodność zapatrywań skłoniła Dra Kramera do podjęcia na nowo badań w tym kierunku. Spostrzeżenia, dokonane na 300 noworodkach, z których każdemu zapuszczano zaraz po urodzeniu do worka spojówkowego jednę kroplę 2% rozczynu azotanu srebra, wykazały, że zawsze daje się stwierdzić mniej lub więcej silny odczyn ze strony spojówki. Odczyn ten ogranicza się czasem tylko do obrzmienia i zaczerwienienia, częściej jednak przychodzi do ostrego zapalenia spojówki z dość obfitą wydzieliną. Tylko w 4% przypadków wydzieliny nie ma żadnej. W 73% przypadków wydzielina znika około piątego dnia, a w 27% przypadków utrzymuje się dłużej. —

Ilość wkroplonego rozczynu zdaje się nie mieć wpływu na natężenie sprawy zapalnej. Noworodki o małej wadze, zatem słabo rozwinięte, są szczególnie wrażliwe na działanie azotanu srebra. Toż samo dzieci, urodzone w położeniu twarzowem lub wydobyte przy pomocy kleszczy porodowych, okazują, po zastosowaniu spo-

sobu Credé'go, silniejsze, niż zwykle, zapalenie spojówek, gdyż przekrwienie i obrzęk okolicy oka wytwarzają dla sprawy zapalnej podatną glebę. Dodać należy, że, bez względu na przebieg porodu, spojówka dziecka w pierwszych chwilach po przyjściu dziecka na świat jest zawsze nieco przekrwiona, a nawet obrzmiała, dlatego to odczyn jest znacznie słabszy, jeśli się zabieg Credé'go zastosuje dopiero w kilka dni po urodzeniu (czy jednak nie będzie czasem już za późno? przyp. ref.). (Według *Semaine Médicale*).

Dr K. W. Majewski.

De la myopie traumatique par distension ou déchirure de la zonule. Dr Darier (»La Clinique Ophtalmologique«. Nr 8. 1899).

Autor opisuje cztery przypadki, w których pod wpływem urazu tępego powstała myopia, w dwóch przypadkach —2D, w jednym —6D, a w ostatnim —4D. Chorzy ci nie mieli poprzednio krótkiego wzroku, a myopia w ten sposób nagle nabyta zmniejszała się i wyrównywała zupełnie pod wpływem zapuszczania ezeryny przy równoczesnem ustępywaniu i gojeniu się innych zmian urazowych. Jakkolwiek w żadnym z tych przypadków nie było objawów nadwichnięcia lub zwichnięcia soczewki, przerwania lub nadmiernego rozciągnięcia więzadełka Zinn'a, to jednak Darier przypuszcza, że właśnie uszkodzenie tego więzadełka sprowadziło tu wypuklenie się krzywizny soczewki i zwiększenie siły łamliwości oka. Przeciw przypuszczeniu, że zachodził tu skurcz akomodacyi, przemawia wiek chorych (wszyscy powyżej lat 30), nieskuteczność atropiny, wreszcie rozszerzenie źrenicy utrzymujące się niekiedy nawet mimo zapuszczania ezeryny. — Następnie opisuje autor dwa dalsze spostrzeżenia, gdzie przerwanie więzadełka Zinn'a nie ulegało żadnej wątpliwości, a myopia »urazowa« wynosiła w jednym z nich —7D, w drugim —5D. Spostrzeżenia te popierają silnie teoryę akomodacyi Helmholtz'a, a stoją w sprzeczności z teoryą, którą w nowszych czasach postawił Tscherning[1]). Za pomocą teoryi Helmholtz'a w przypadkach zupełnego przerwania więzadełka Zinn'a możemy z góry oznaczyć stopień krótkiego wzroku, jaki się wytworzy, jeśli wiemy, jaką łamliwość miało oko poprzednio i na jaki największy wysiłek akomodacyi chory mógłby się zdobyć (co łatwo w przybliżeniu z wieku chorego można wywnioskować, przytem porównać należy sprawność nastawniczą drugiego, nieuszkodzonego oka). Myopia urazowa powinna zatem być tem wyższą,

---

[1]) Patrz »Postęp Okulistyczny«, Z. I., str. 37.

im młodszą jest osoba urazem dotknięta. Spostrzeżenia Darier'a prawidło to w zupełności potwierdzają. *Dr K. W. Majewski.*

Zur Aetiologie und sonstigen Kenntnis des Ulcus corneae cum hypopyo. Doc. Dr S. Klein (»Wiener Med. Wochenschrift«. Nr. 16. R. 1899).

Nazwa glaucoma absolutum nie ma, zdaniem autora, uzasadnienia, ponieważ sprawa jaskrowa, pozostawiona samej sobie, nie kończy się nigdy, chyba ze śmiercią chorego. Chociaż oko straciło już resztkę poczucia światła, to jednak podwyższenie ucisku i zaburzenie krążenia wśródgałkowego sprowadza dalsze następstwa. Do takich należy między innemi tworzenie się pęcherzyków na rogówce, co należy uważać za wyraz miejscowej zastoiny. Pęcherzyki takie pękają rychło, przez co rogówka, obnażona w tych miejscach z przybłonka, narażona jest na niebezpieczeństwo zakażenia. Tem tłomaczy się powstawanie wrzodów rogówkowych na oczach, oślepłych wskutek jaskry. Wrzodom tym towarzyszy nieraz nagromadzenie się ropy na dnie przedniej komory. Autor przytacza dwa podobne przypadki. Jako źródło zakażenia przyjmuje w pierwszym przypadku sączący wyprysk na twarzy, w drugim ogólną łuszczycę (psoriasis vulgaris), którą chory był równocześnie dotknięty. Przyczynowego związku między zachorzeniami temi a wrzodem rogówki nie popiera żadnym ściślejszym dowodem. Z opisu tych dwóch przypadków podnieść jeszcze można, że stosowana na próbę atropina wpływała korzystnie na wessanie ropy z przedniej komory, podczas gdy przy zapuszczaniu pilokarpiny hypopyon wzrastało. Z dwóch tych jednak spostrzeżeń, jakkolwiek ciekawych, nie można jeszcze chyba wysnuwać wniosków ogólnych, jak to autor czyni. W obydwu razach cierpieniom chorych położyło kres wyjęcie gałki.

Dr. K. W. Majewski.

O wpływie zażywania tabaki na oczy. Dr Koliński. (»Czasopismo Lek.« Nr 5. 1899).

Wobec tego, że wpływ tytoniu, pod postacią tabaki do zażywania, na oczy nie był dostatecznie w literaturze uwzględniony, porusza autor tę sprawę, zastanawiając się nad tem, czy i o ile zażywanie tabaki szkodzi, a dochodzi do wniosku, że nie występują wprawdzie przytem objawy zatrucia swoistego, jak przy paleniu, gdyż przy rękoczynach, zastosowanych do wyrabiania tabaki, tytoń traci większą część nikotyny, jako też olejków eterycznych, lecz nieraz dają się we znaki objawy podrażnienia i zatkania błony śluzowej nosa, pociągające za sobą w następstwie zatkanie przewodu nosołzowego i cały szereg zapalnych objawów chronicznych spojówki,

zapalne, lub powierzchowne owrzodzenia, albo też ograniczone zmętnienia — ślad zagojonych owrzodzeń«.

Czy to wszystko jest następstwem samego zażywania, nie śmielibyśmy twierdzić, sądzimy jednak, że wiele innych okoliczności w takich razach składa się na powstawanie wymienionych zaburzeń. Zresztą autor sam przyznaje, że nie każdy »tabaczarz« musi chorować na oczy.

W każdym razie zgadzamy się z autorem w tem, że winniśmy walczyć przeciw przesądowi, dziś jeszcze istniejącemu, że zażywanie tabaki przy chorobach ocznych jest cennym środkiem leczniczym. Jeżeli nie szkodzi, co prawdopodobniejsze, to w każdym razie nie pomaga, chyba w tych nielicznych przypadkach, gdzie suchy nieżyt błony śluzowej nosa już to odpływ łez utrudnia, już to zwrotnie do zaburzeń ocznych się przyczynia. W takich to bowiem razach mogłaby tabaka »być dla nosa«, i zastąpić do pewnego stopnia niejeden lepszy środek. W.

Żylak w oczodole. Dr R. Denig (»The ophthalmic Record«. Maj. 1899).

Dr Gruening (Nowy Jork), który pisał o żylakach w oczodole, rozklasyfikował je stosownie do umiejscowienia: do pierwszej klasy zaliczył żylaki, umiejscowione poza gałką oczną (żylak naturalnie wymacanym być nie może, lecz przy pochyleniu głowy, przy ucisku żyły szyjowej lub przy zamknięciu ust i nozdrzy wywołuje wysadzenie gałki); do drugiej żylaki, znajdujące się tuż przy gałce (żylak jest wymacalny, często widoczny, również wywołuje wysadzenie gałki); wreszcie do trzeciej klasy zaliczył żylaki, umieszczone po bokach gałki ocznej, kiedy trzeszcza przy pochyleniu głowy nie bywa, a tylko sam żylak rozdyma się.

W niewielu przypadkach spostrzegano przy prostej postawie ciała niewielkie zapadnięcie się gałek (enophthalmus), co chyba tem wytłomaczyć można, iż pod wpływem ciągłego zmniejszania się i rozdymania żylaków tkanka tłuszczowa oczodołu zmniejsza się. Żylak łatwo może być przyjęty za *cavernoma* (guz rozprężny?) oczodołu, gdy jednak objawów ucisku nerwu wzrokowego nie ma, mimo długiego trwania naczyniowego nowotworu, z wszelką pewnością wykluczyć możemy *cavernoma,* jakkolwiek opisywano wypadek zaniku nerwu wzrokowego wskutek pęknięcia żylaka w oczodole. Również wyklucza *cavernoma* nieznaczne zapadnięcie gałki, spotykane — jak rzekliśmy wyżej — przy żylakach. Jako przyczynek do etyologii żylaków w oczodole posłużyćby prawdopodobnie mogła nieprawidłowa wąskość w wielu wypadkach szczeliny oczo-

powiek, a nawet na rogówce występują »nadbrzeżne szare ogniska dołowo-czaszkowej. Przypadek[1]) Dra R. Denig'a za ciekawy uznany być powinien z tego względu, że — jakkolwiek żylak należał do klasy drugiej (patrz wyżej), to jednak przy pochyleniu głowy nie wywoływał trzeszcza. Przy prostej postawie ciała rzucało się w oczy, acz nieznaczne, zapadnięcie gałki ocznej. Autor uważa za najradykalniejszy zabieg wyłuszczenie żylaka za pomocą operacyjnego rękoczynu. *Włodz. Talko.*

O roli twardówkowej blizny w operacyach. P. Zielenskij. Rozprawa doktorska. Petersburg. 1899. Str. 75.

Dział literacki w tak zatytułowanej pracy jest dość obfitym i jeśli autor czytał te wszystkie cytowane prace (81), to już niemała jego zasługa. Zaczyna on od irydektomii, po raz pierwszy zastosowanej w 1856 r. przez A. v. Graefe'go w jaskrze, i szeroko rozpisuje się o sklerotomii, o której tak dużo pisali jej zwolennicy: Stellwag, Quaglino, Mauthner, a przeważnie Wecker. Mówi o rozmaitych sposobach jej wykonania: prosta czyli podwójna, z mostkiem twardówkowym lub spojówkowym, powikłana (z iridodyalysis), scler. anterior et posterior, sklero-irydektomia (Terson'a), sklerodilatatorektomia (Łożecznikow), incisione dell'angolo irideo (de Vincentiis) i t. p. Autora głównie zajmuje Wecker'owska cicatrice a filtration (Filtrationsnarbe Niemców), przez którą, zdaniem W., sączy się ciecz wodna na zewnątrz, nie dopuszczając tym sposobem podwyższenia wewnętrznego ciśnienia, — działa więc w gałce ocznej, niby klapa bezpieczeństwa.

O tej przesączającej właściwości blizny rogówkowo-twardówkowej lub twardówkowej, która to blizna bywa gładką lub ścieńczoną i wydętą (cystoidealna nie ma przesączającej właściwości), mamy już całą literaturę za i przeciw. Otóż autor rozprawy po doświadczeniach (30), dokonanych na oczach królików, zaliczył siebie do gorących zwolenników przesączania cieczy wodnistej przez twardówkową bliznę. W tym rodzaju poprzednio już robili doświadczenia Tobler i Schoeler. Wiadomo, że przestrzeń Fontany, kanał Schlemma, a także okołonaczyniowe przestrzenie rogówkowo-twardówkowej okolicy stanowią przedni i główny szlak, przez który wydziela się płyn z gałek, czyli z komórek oka na zewnątrz; zdaniem Leber'a ciecz

[1]) Chory Dra D. na dolnej wardze posiadał jednocześnie dwa wielkości grochu żylaki, przed 6 laty miał żylaki na lewej goleni, które od 2 lat znikły; od 3 lat cierpi na hemoroidy.

wodna u zwierząt zmienia się, czyli odnawia się dwa razy w ciągu godziny.

Idąc za poradą pryw. Doc. Andogskiego, Dr Z. wykonał szereg doświadczeń na oczach królików, którym w jednem oku wykonywał skleroktomię, a drugie pozostawiał dla kontroli. Po pewnym czasie (od 8—145 dni), gdy utworzyła się już blizna twardówkowa, do komórek oka wstrzykiwano za pomocą igieł (Stichkanüle) 3—5% roztwór ferri citrici in lamellis, który zawiera 30% tlenku Fe (w kilku tylko doświadczeniach tusz, roztarty w fizyolog. rozczynie soli), pod ciśnieniem 45,5 ctm. Hg (u królików wewnątrzoczne ciśnienie = 30 mm.), w ciągu pół godziny. Króliki wnet zabijano chloroformem i gałki dla stwardnienia wkładano do 4% formaliny, po trzech dniach wkładano je na dobę do spirytusu, a potem na dobę do mieszaniny spirytusu i eteru dla lepszego zagruntowania celloidyną. Następnie robiono cięcia przedniej części gałki prostopadle do twardówkowej blizny i mikrotomem ścinano preparaty. Aby otrzymać błękitne zabarwienie, kładziono je na dwie godziny w 2% rozczyn żółtej soli z kwasem solnym (kali ferro-cyanati 1,0, ac. hydrochlor. chem. pur. 10,0, aq. destill. 40,0), poczem przemywano w wodzie i po wyświetleniu zalewano kanadyjskim balsamem. — Takich sześć doświadczeń wykonano przy bliznach 8—11-dniowej dawności, dwa dwutygodniowej dawności, dwa trzechtygodniowej, jeden miesięcznej, jeden 36-dniowej, reszta od 40 do 45-dniowej. Mikroskopowem badaniem przekonano się, że w okolicy blizny nie tylko powiększa się wydzielina zawartości komórki *drogą prawidłową* — ponieważ przy silnem jej (blizny) unaczynieniu na początku powiększa się i sieć okołonaczyniowych limfatycznych przestrzeni — lecz, że wytwarza się i *sztuczna droga*, a mianowicie w podspojówkową przestrzeń; w tej ostatniej znajdywać można ziarnka tuszu i farbki berlińskiej, a które dostały się tu drogą przesączania. Naturalnie ta przesączająca właściwość blizny zależną bywa od stopnia zbitości jej tkanki, a także od nowo wytworzonych w niej naczyń, od dawności blizny; powoli, gdy następywała jej konsolidacya, i naczynia w niej znikały, przesączanie zmniejszało się, a z czasem zupełnie ustawało. Do dwu tygodni przesączanie bywa dość obfitem, potem słabnie, a po 40—145 dniach zupełnie zanika.

Wyniki więc rozprawy takie: 1. Sklerotomia ma prawo wyżej stać od paracentezy. 2. W doświadczeniach na królikach z wstrzykiwaniami w przednią komórkę rozczynu soli, tlenku żelaza, z następczym odczynem na berliński błękit, i wstrzykiwaniami tuszu — przejście płynów za pomocą przesączania przez rogówko-twardówkową okolicę dowiedzione jest drobnowidem, wykrywającym ziarnka błękitu i tuszu, nie tylko pod sąsiednią bliźnie spojówką (droga sztu-

czna), lecz i w okołonaczyniowych przestrzeniach nowo powstałych, rozgałęziających się w bliźnie naczyniach (rozszerzenie dróg prawidłowych). 3. U królików twardówkowa blizna trwa 2—3, najwyżej 4—5 tygodni. (Starsze blizny tracą tę właściwość). 4) Mocne przyrosty tęczówki do blizny stanowią przeszkodę dla przesączania, częściowe jednak ograniczają tylko wydatność takowej.

Wiadomo z praktyki, że u jaskrowych blizna twardówkowa przestaje z czasem przesączać i takim chorym potrzeba powtarzać sklerotomię, operacyę, którą Wecker nazwał: cicatrisotomie ou oulétomie.

Podobno jeden z przeciwników tej rozprawy, Prof. Belarminow, miał oświadczyć doktorandowi, że, pomimo jego zachęty do sklerotomii, on woli zadowalniać się irydektomią (podziela to zdanie i sprawozdawca rozprawy). W Rosyi wogóle rzadko do niej uciekają się.

W tejże rozprawie na stronicy 22 czytamy, że w petersburskim okulistycznym szpitalu w ciągu 5 lat u 673 chorych na jaskrę (779 glauk. oczu) zrobiono tylko 75 skleroktomii, z nich 64 z dobrym wynikiem; w moskiewskim okulistycznym szpitalu na 1000 operacyi jaskry wykonano 284 skleroktomii; w charkowskiej okul. klinice za 25 lat w 1515 przypadkach jaskry (1932 jaskrowych oczu) sklerotomię zrobiono tylko 10 razy, i to bezskutecznie; w kazańskiej klinice okulistycznej w ciągu 10 lat na 769 przypadków jaskry 128 operacyi, a sklerotomii tylko 2 (T. poniżono, lecz V. pozostał bez poprawy); w ruchomych oddziałach okulistycznych (1894—1896) na 3454 przypadków jaskry zrobiono 54 sklerotomii (z jakim wynikiem?); wreszcie w ocznych klinikach woj.-lek. akademii (w szpitalu wojskowym i klinice baroneta Wylje) sklerotomię robią bardzo rzadko. *Dr J. T.*

Ueber endo-oculäre Galvanocausis. Prof. van Millingen z Konstantynopola (»Centralblatt f. Augenheilk.«. Czerwiec. 1899).

Na wstępie wskazuje autor na bezsilność naszych dotychczasowych zabiegów, podejmowanych celem stłumienia zakażenia wśródgałkowego. Kiedy ropienie wtargnie do ciała szklistego, uważamy zazwyczaj oko za stracone. Istotnie ciało szkliste jest tak wyborną pożywką dla ropotwórczych drobnoustrojów, że potrzeba bardzo silnego i to bezpośredniego działania, aby stłumić ich bujny rozwój. W trzech przypadkach urazowego przebicia twardówki, połączonego ze zakażeniem przyrannem i głębokiem ropieniem, zadziwiająco dobre wyniki uzyskał van Millingen przez śmiałe wprowadzenie galwanokautera do wnętrza oka, na kilka mm. w głąb ciała szklistego przez ranę twardówkową, po poprzedniem dokładnem przy-

paleniu jej ropnie naciekłych brzegów. We wszystkich trzech przypadkach skuteczność tego energicznego zabiegu, jak z przytoczonych przez autora opisów choroby wynika, okazała się zadziwiającą, bo nie tylko nie przyszło ani razu do zniszczenia gałki, ale chorzy odzyskiwali nawet dobrą bystrość wzroku ($^6/_{24}$, $^6/_{12}$, a w jednym przypadku nawet $^6/_6$ [1]). Jednem słowem sprawa ropna, sprowadzająca zazwyczaj nieuchronną utratę oka, dawała się w ten sposób powstrzymać w niszczącym pochodzie. Prof. van Millingen przyznaje sam, że na trzech szczęśliwych wynikach nie podobna opierać stanowczego sądu o niezawodnej skuteczności jakiegokolwiek postępowania leczniczego, ale ogłosił je w tym celu, aby praktyków i klinicystów zachęcić do wypróbowania tego sposobu w nierzadkich niestety przypadkach wśródgałkowego ropienia, gdzie stosujemy tyle innych środków i zabiegów bez najmniejszej wiary w ich skuteczność.

Dr K. W. Majewski.

Zur Technik der Vorlagerung bei der Schieloperation. Prof. Dr C. Schweigger. (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. II. 1899).

Już w r. 1894 wypowiedział Prof. S. zdanie, że przy antepozycyi, mającej usunąć zez lub raczej wzmocnić działanie równocześnie lub poprzednio wykonanej tenotomii — należy antagonistę skrócić o kawałek, równający się co do długości dokładnie linearnemu wymiarowi zboczenia oka zezującego [2]). Tylko o tyle, a nie bliżej ani dalej, należy przesunąć ku przodowi ścięgno odpowiedniego mięśnia, aby wynik operacyi był zadawalniający. Dlatego to Prof. S. przypisuje wielkie praktyczne znaczenie linearnemu wymierzaniu kąta zeza, wprowadzonemu przez Graefe'go, podczas gdy wyrażanie wielkości tego kąta w stopniach łukowych może mieć wielką wartość teoretyczną, ale nie daje już tak niemylnych wskazówek operatorowi, zwłaszcza, gdy idzie o antepozycyę. Aby ułatwić dokładne odmierzenie tej części ścięgna, która ma być po założeniu nitek od reszty mięśnia odciętą, obmyślił autor przyrząd, składający się z dwóch haków tenotomijnych, równolegle ustawionych i połączonych sprężynką, która je o tyle rozsuwa, o ile na to pozwala śrubka, działająca w przeciwnym kierunku i dająca się nastawić według dokładnej podziałki milimetrowej. Przed operacyą ustawia

---

[1]) Wypalanie głębokie przy ropniach ciałka szklistego wykonujemy dawno, ale wątpimy, by wtenczas osiągnąć można wzrok aż $^6/_6$. — Gdy sprawa ropna powierzchowna, poco niszczyć wogóle głębokie części.

W.

[2]) Arch. f. Augenheilk. T. XXIX. Str. 199.

się śrubkę przyrządu w ten sposób, żeby odległość haków równała się dokładnie linijnemu wymiarowi kąta zeza, a po odsłonięciu ścięgna, podkłada się pod nie oba haki, które teraz, pod działaniem sprężynki, rozstępują się: jeden z nich wciska się ku przodowi pod sam przyczep ścięgna, drugi odsuwa się w tył i znaczy dokładnie miejsce, które należy szwem uchwycić. *Dr K. W. Majewski.*

Zwei seltene Augenoperationen. Dr Hirschberg. — (»Deutsche Med. Wochenschrift«. Nr 26. 1899).

Najprzód autor zwraca uwagę na trudność operowania oka sympatyzowanego, które nie uległo zupełnemu zanikowi, ale które straciło wzrok przez zrost i zasłonięcie źrenicy i zrost tęczówkowy w płaszczyźnie ze zgrubiałą, a nowo wytworzonemi naczyniami pokrytą torebką soczewki. Operacye takie bywają podejmowane, jak wiemy, z mało dobrym skutkiem, a, zdaniem referenta, głównie dlatego, że zbyt wcześnie do nich się zabieramy. Do rękoczynów, które w takich razach mogą mieć powodzenie względne, zaliczamy operacyę Wenzl'a, znaną każdemu okuliście, jako też i mniej znaną operacyę G. Critchett'a, polegającą na tem, że najprzód przecina się grubą torebkę, a później dopiero przez rozmaite zabiegi uskutecznia się powstanie otworu środkowego w soczewce. Pierwsza operacya wymaga długiego leczenia i powtarzania iridectomii, względnie iridotomii, zanim się uda otwór wytworzyć, druga połączona jest z niebezpieczeństwem wzmożenia napięcia wśródgałkowego. Autor więc podjął się w jednym, odnośnym przypadku innego postępowania, które się powiodło. Postępowanie to składa się z 2, względnie z 3 aktów. W pierwszym akcie po zrobieniu cięcia nożykiem grotowym, wydobywa szczypczykami całą zgrubiałą torebkę, a dalej, o ile można, także i soczewkę; drugi akt polega na przecięciu zaćmy następowej nożykiem Knapp'a w samym obrębie źrenicy, unikając zupełnie tęczówki. Jeżeli to nie prowadzi do skutku (a, zdaniem naszem, z pewnością prawie we wszystkich razach nie powiedzie się, zwłaszcza, jeżeli się już po 4 tygodniach do powtórnej zabieramy operacyi), wtenczas przystępuje autor do trzeciego aktu, t. j. do przecięcia tęczówki. (Nazywa zaś ten akt Iris-Zerschneidung zamiast Durchschneidung. Pierwsze oznaczałoby poprzecinanie na kawałki, a tego autor nie zamierza). Autor przytacza jeden jedyny przypadek u chłopca, gdzie po trzecim akcie operacyjnym osiągnął otwór trwały, wykonawszy d. 1 maja przecięcie nożem Knapp'owskim. Chory rozpoznawał palce na odległość 10 stóp. Nie widzimy w postępowaniu, a mniej jeszcze w wyniku osiągniętym nic nadzwyczajnego. —

Druga, »rzadka operacya«, którą autor wykonał i którą na-

zywa Penelope, polegała na usunięciu zbyt silnego skutku operacyi Spencer-Watson'a, która zeszpeciła młodego Dra filozofii i do zamiarów samobójczych skłaniała. Otóż H. po prostu przemieszczony niezręcznie płat, zawierający rzęsy, odprowadził na swoje pierwotne miejsce, a rankę międzyrąbkową pokrył błoną śluzową ust. Z rysunku, podanego przez autora, wypływa, że operacya pierwotna była bardzo niezręcznie zrobiona, a, jak autor zaznacza, płat skóry, przemieszczony ku dołowi, zawierał dużo meszku, który chorego drażnił. Powtórna więc operacya była w takim razie wskazaną. Ale i odpreparowanie samego płata skórnego, podcięcie należyte jego tkanki podskórnej i zmniejszenie samego płatu byłoby niewątpliwie do tegoż doprowadziło celu. *W.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Société française d'ophthalmologie. Posiedzenie d. 2 maja b. r. (Ciąg dalszy).

M. Rohmer z Nancy mówi: *O obywaniu się bez opaski po operacyach zaćmy.*

Skoro tylko przy operacyi zadosyć uczyniono warunkom aseptyki, opaska jest zbyteczną, gdyż powieki i wydzielenie łez dają dostateczną osłonę, światło zaś dzienne przyczynia się do zwężenia źrenicy i zapobiega wypadnięciu tęczówki. Już po 5—6 godzinach rana zamknięta, drugiego zaś dnia, a nawet i pierwszego, może już chory chodzić, jeżeli zachowanie położenia w znak jest przeciwwskazane. Choremu przywiązuje się tylko przed oko luźno płatek, podtrzymywany przepaską, poprowadzoną przez czoło, i to jedynie w celu przypominania, że nie wolno choremu oka dotykać. Natomiast co trzy godziny wykonuje się przepłukiwanie sinkiem rtęci 1:1000.

Następstwem takiego leczenia jest brak wszelkiego zaczerwienienia oka, a można postępowanie to zastosowywać nawet po wypadnięciu ciałka szklistego.

Statystyka, przez prelegenta przytoczona, bynajmniej nie przemawia za tem postępowaniem, na 80 operacyi zaćm miał bowiem trzy zapalenia ropne całej gałki, 10 wypadnięć tęczówki i 9 zaćm następowych.

Jak za daleko posuwano dawniej troskliwość opatrunkową, tak znowu Hjort *przesadził w przeciwnym kierunku, zarzucając opaskę zupełnie.* —

Ch. Guende z Marsylii mówi: *O obłędzie* (delirium) *w następstwie operacyi zaćmy.*

Przytoczywszy kilka przypadków ze swej praktyki, z góry zaznacza, że nigdy nie spotkał się z przypadkiem, któryby mógł przypisywać zatruciu środkami, zapuszczanymi do oka. Niepokój tych osób, występujący drugiego lub trzeciego dnia, znika, skoro tylko zdjęto obuoczną opaskę. Może pewna liczba tych osób była zwyrodniałą, a potrzeba było tylko do wywołania ataku pobudki, za czem przemawia i ta okoliczność, że osłabienie zmysłów stanowi często przyczynę, wywołującą stępienie ze starości (dementia senilis). Nie można wszakże tego uogólniać. Większa część naszych operowanych nie zalicza się do starców; ich swoista pobudliwość zaznacza się pod wpływem różnych okoliczności, zwłaszcza wskutek nagłego tłumienia światła. Gdy do tego dodamy nakazaną nieruchomość i milczenie, zrozumiemy, że to są okoliczności, które chorego wprawiają w stan pośredni między czuwaniem a snem i pobudzają do objawów obłędu. Częste względnie objawy obłędu po operacyi znikną, jeżeli mniej będziemy wymagającymi dla naszych chorych, jeżeli nie będziemy obawiali się żywić ich dobrze i wzmacniać. Gdy zaś mimo to obłęd wystąpi, usunięcie obuocznej opaski stanowczo jest wskazanem.

Wecker zauważa, że objawy obłędu po operacyach widywał często wtenczas, gdy używano dużo atropiny i chorego trzymano w ciemnicy. Odkąd system ten został zaniechany, przypadków takich nie widuje.

Dufour: Brak zewnętrznych bodźców, ciemność zupełna i odosobnienie ułatwia pobudzanie ośrodków psychicznych, dlatego trzeba chorym pozwalać poruszać się, otaczać ich towarzystwem osób dobrze im znanych. W ten sposób nawet waryatów ze skutkiem wyleczył pod chloroformem operowawszy, utrzymywał zaś w stanie sennym przez chloral i morfinę w ciągu tygodnia.

Motais: Rozmaite są przyczyny obłędu, a mianowicie: alkoholizm, zatrucie atropiną i pewien stan psychiczny starczy, a przyczyną bardzo usposabiającą jest diabetes.

Dr Fage z Amiens mówi: *O zastrzykiwaniach i wypłukiwaniach odkażających przedniej komórki.*

Aby wewnętrzne odkażenie umożliwić, trzeba środek odkażający wprowadzić wprost do przedniej komórki. Cel ten osiągamy, wstrzykując do przedniej komórki dwie do trzech kropel rozczynu sinku rtęci 1:10.000 przy pomocy sikaweczki Pravaz'a. Wobec tego, że rozczyn ten rozrzedza się w cieczy p. k., możnaby silniejsze rozczyny zastrzykiwać. Sposób ten, wypróbowany najprzód doświadczalnie, dawał dobre wyniki, a mniej jest bolesny od zastrzy-

kiwań podspojówkowych. Skoro mamy silne hypopyon lub początki ogólnego zapalenia gałki, trzeba rogówkę nakłuć i wypłukiwać przednią komórkę.

Autor nie podaje jednak żadnych ścisłych wyników postępowania, które nie jest nowem. Sami postępujemy w ten sposób od dawna, nie uchroni jednak to postępowanie w wielu razach od panophtalmitis, a mianowicie wtenczas, jeżeli ciałko szkliste lub naczyniówka ropną sprawą zajęte. —

Abadie przypomina zastrzykiwania podspojówkowe, które są bardzo skuteczne, gdy sprawa jest powierzchowną, to jest ogranicza się tylko na rogówkę, przy głębszych wypróżnia A. przednią komórkę i zastrzykuje kilka kropel rozczynu 1:2000 sublimatu.

Wecker zaznacza niebezpieczeństwo obrażenia wśródbłonka rogówkowego przy takich zastrzykiwaniach środków odkażających.

Darier nie myśli zastępywać zastrzykiwań wśródgałkowych podspojówkowemi, które jednak mają znaczenie ważne, a jeżeli nie wszyscy to uznają, to dlatego tylko, że nie przyswoili sobie wprawy osobistej.

Parent: Ponieważ nawet słabe rozczyny zmieniają wśródbłonek, przeto radziłby, jeżeli koniecznie chcemy wprowadzać środki takowe do przedniej komory, czynić to z roztworami oliwnymi.

Lagrange robi w razie zakażenia wypłukiwanie tylko wodą sterylizowaną za pomocą sikawki Chibret'a à double courant, a jeżeli to nie pomaga, ucieka się do podspojówkowych zastrzykiwań sinku rtęci, którym przyznaje »une action puissante«. (Tylko bez przesady! Ref.).

Pflueger przypomina skuteczność trójchlorku jodu do zastrzykiwań podspojówkowych. —

Wecker mówi: *O obecnem stanowisku leczenia odczepienia siatkówki.*

Zaledwo godzi się dziś jeszcze wspomnieć o rozmaitych sposobach leczenia, polegających na nakłuciu, nacięciu szerokiem, drenowaniu, aspiracyi, elektrolyzie, zastrzykiwaniach jodu i t. d. Był to okres zaślepienia — dziś, na szczęście, pewnie już środki te do przeszłości należą.

Nowsze badania, odnoszące odczepienie do powstania wysięku, wpłyną na nadanie leczeniu odpowiedniego kierunku, ale wszelkie wkraczanie chirurgiczne w celach leczenia odczepienia raczej sprawę pogarsza.

To powiedzieć trzeba o obrażeniach ciałka szklistego, o rozdarciach siatkówki, a głównie o obrażeniach twardówki wraz z naczyniówką. Gdy Raehlmann w r. 1876 ogłosił swą teoryę odczepienia siatkówki, przyjmującą zaburzenia prądu egzosmotycznego,

przenikającego siatkówkę, wskutek czego prąd płynu byłby skierowany do ciałka szklistego, obładowanego solami, starał się Wecker, postępując według tej myśli, prąd ten odwrócić od gałki przez zastrzykiwania soli pod spojówkę. Od 12 lat postępuje tak, zastrzykując całą sikawkę pod spojówkę i do torebki Tenon'a. Później zamienił sól kuchenną na siarkan sodowy, a w ostatnich czasach używa żelatyny, której zastrzykiwania nie sprawiają bólu.

Przyznaje, że nie udaje mu się wyleczyć wszystkich odczepień, ale zaznacza, że wielu chorych przy tem leczeniu doznaje polepszenia.

Zastrzykiwania te nigdy szkody nie sprawiły chorym, którym W. pozwala zwykle wykonywać przytem zajęcia, a robiąc zastrzykiwania te raz lub dwa razy na tydzień, podaje równocześnie pigułki sublimatowe.

Cóż więc działa w takich razach skuteczniej: żelatyna czy sublimat?

Żelatynę do zastrzykiwania sporządza się według następującego przepisu:

Rp.: sol. natr. chlor. physiol. 100 gr.
gelatinae albae . . . . 2.5 »
sterilis. calore 105°.

Dor: Przypadki samoistnego wyleczenia odczepienia nie są rzadkie, ale wspierają je leżenie w znak z zastosowaniem sztucznych pijawek i zastrzykiwań podspojówkowych soli.

Darier: Odczepienia, spowodowane zapaleniem naczyniówki, dają się wyleczyć rtęcią. Obszerne odczepienia przy myopii można zastrzykiwaniami podspojówkowemi i elektrolyzą wyleczyć. (?)

Lagrange: Trzeba rozróżniać odczepienia urazowe od odczepień zakaźnych i odczepień krótkowzrocznych (*A odczepienia przez narośle?*).

Pierwsze, a nawet drugie dają się wyleczyć. Co do odczepień krótkowzrocznych, nie widział L. żadnego przypadku wyleczenia, mimo rozmaitych usiłowań, przedsięwziętych na słowo mistrzów, a nawet wskutek wskazówek samego Wecker'a, który, ku niemałemu zdziwieniu, zupełnie co innego dziś oświadcza.

Rogman w przypadku odczepienia, powikłanego z krwotokiem, przepisał tyroidynę dziennie 1 gr., i to z tym skutkiem, iż prawie zupełne nastąpiło wyleczenie. —

Lagrange z Bordeaux mówi: *O kurczach tonicznych mięśnia rzęskowego u dzieci.*

Prelegent zamierzał wykazać doświadczalnie: 1. przeszkodę, jaką u dzieci kurcze toniczne mięśnia rzęskowego stawiają przy oznaczeniu refrakcyi; 2. znaczenie skiaskopii w oku atropinowanem.

Kurcze toniczne zmieniają wyniki badania w prostym obrazie jako też przez skiaskopię i są powodem wielkich błędów w badaniu podmiotowem; postanowiłem więc oznaczyć, do jakiego stopnia są one przyczyną takich błędów.

Mając młodego osobnika winienem, chcąc porównać rozmaite i podmiotowe i przedmiotowe badania pod względem ich wartości oznaczania rzeczywistej refrakcyi, przedewszystkiem zapewnić sobie niechybny sposób mierzenia tej refrakcyi. Środek ten polega na zastosowaniu u osobnika, należycie atropinowanego, optometru Badal'a, zaopatrzonego w dyafragma z otworkiem 4 mm. tak, że osobnik patrzący nim może tylko środkowe części rogówki na przedmiot skierować. Wynik tak osiągnięty porównać trzeba z innymi, otrzymanymi u tegoż osobnika bądź przed, bądź po atropinowaniu przez rozmaite metody optometryi przedmiotowej i podmiotowej.

W ten sposób moglibyśmy stwierdzić, że kurcz toniczny bynajmniej nie znikał w ciemnicy. W przecięciu 2 dioptryc refrakcyi dynamicznej ukryły się w ciemnicy przy skiaskopowaniu młodych osobników. Równocześnie wykazaliśmy, że skiaskopia po atropinie, mimo największego rozszerzenia źrenicy, daje wyniki dość ścisłe w porównaniu do wyników, osiągniętych na atropinowanem oku przez optometr, zaopatrzony w dyafragma. —

Javal mówił: *O myotykach i jaskrze.*

W zwiastunach jaskry zwykle używane myotica nie mają tej samej wartości.

Morfina jest środkiem znakomitym. Ezeryna ma tę ujemną stronę, iż nie może zawsze być używaną, gdyż przy bardzo wzmożonem napięciu jej wessanie nie przychodzi do skutku. Natomiast pilokarpina może być bez szkody długo używaną.

Valude: Znam przypadki, gdzie pilokarpina nie była znoszoną, podczas kiedy ezeryna dobrze działała. Skoro zwiastuny jaskry są wyraźne, trzeba wykonać irydektomię.

Pflueger: Wyższość pilokarpiny nad ezeryną tłomaczy się działaniem fizyologicznem. Ezeryna wywołuje najprzód podwyższenie ciśnienia, zanim je obniży, gdy pilokarpina od razu obniża napięcie.

Lagrange: Jeżeli chory w jaskrze ściśle określonej nie zezwala na irydektomię, poleca się operacyę, wykonywaną przez Badal'a, a mianowicie wycięcie nerwu nosowego zewnętrznego. Nie leczy operacya ta, łatwo wykonalna, jaskry, ale usuwa na długo zwiastuny, a jest przytem w wynikach swych niewinną. —

Jacqueau z Lyonu mówi: *O krwotoku do ciałka szklistego jednostronnym z wyleczeniami i nawrotami bardzo licznymi od 16 lat.*

Chodzi o chorego, dziś 28 letniego, który na lewem oku od

12 roku życia przynajmniej raz w rok dostaje krwotoku do ciałka szklistego bez najmniejszego *stałego* upośledzenia wzroku. Szukając powodu tych krwotoków, wykluczyć musiał autor obrażenia dna oka, które podczas szybko przemijających krwotoków bywa zupełnie zasłonięte, ale później okazuje się prawidłowem; dalej nieprawidłowości przyrodzone, jak obecność kanału Cloquet'a; nie mniej nie mógł stwierdzić postaci udarowej, jaką Abadie przyjmuje, gdyż nie było nigdy objawów odczynowych, a błony wśródgałkowe pozostają zawsze nietknięte u chorego, nie cierpiącego na epistaxis i którego serce zupełnie zdrowe. Trzeba więc było uciec się do przyjęcia jakiegoś krwawienia wskutek dyskrazyi, a za taką przyjmuje fosfaturyę, a może nawet azoturyę, gdy badany mocz, który ani śladu białka i cukru nie zawierał, odznaczał się podwyższoną ilością fosfatów i uratów.

Trousseau w roku 1897 odnosił dwa przypadki szklistego krwawienia do fosfaturyi i azoturyi. W jednym z tych przypadków atak krwawienia poprzedzała polyurya — a i chory prelegenta wspominał o częstych napadach prawdziwej moczówki. Może i obecność choć małych ilości kwasu szczawiowego, i w tym przypadku stwierdzona (0.062) przyczynia się do krwotoku. Krwotoki te, które chorego nawiedziły przez 16 lat przynajmniej 20 razy i zupełnie wzrok do poczucia światła zwykle obniżają, znikają bardzo szybko po gorącej kąpieli nożnej. — Wkońcu autor podaje statystykę krwotoków, tak zwanych samoistnych, ciałka szklistego, zestawioną głównie z materyału kliniki okulistycznej Hôtel-Dieu w Lugdunie.

W.

V. NOWE KSIĄŻKI.

A. M. Berger: *„Die Ophthalmologie — liber de oculo — des Petrus Hispanus — Petrus von Lissabon, spaeter Papst Johannes XXI.*

Nach Muenchener, Florentiner, Pariser, Roemer lateinischen Codices zum ersten mal herausgegeben, ins deutsche uebersetzt u. erläutert“.

Tak brzmi tytuł broszury o 135 stronicach, wydanej u Lehman'a w Mnichowie przez znanego okulistę Dra Berger'a.

Autor podjął się bardzo żmudnego zadania wydania *liber de oculo* Piotra hiszpańskiego, późniejszego papieża Jana XXI., i to na podstawie rozmaitych rękopisów, świadczących o tem, że średnie

wieki zajmowały się więcej pracą Piotra hiszpańskiego, o którym nowsi historycy medycyny, jak Hirsch August i Sprengel Kurt, zapomnieli.

Po spisie historyczno-literackim i spisie wszystkich, dostępnych mu rękopisów podaje autor tekst, krytycznie opracowany, zestawiony, a równocześnie i tłomaczenie niemieckie, dalej następuje komentarz i spis abecadłowy leków i chorób, podówczas znanych.— Uwagi w komentarzu świadczą o wielkiej erudycyi autora, oczytaniu niezwykłem i znajomości nie tylko pisarzy rzymskich i greckich, ale także Arabów, a nawet mniej znanych pisarzy dzieł lekarskich średnich wieków.

Nie bez zajęcia wielkiego każdy zamiłowany w rozwoju swej sztuki okulista przeczyta *liber de oculo* i cenne Dra Berger'a komentarze.

W dziele Piotra hiszpańskiego znajdujemy dowody, że i dziś jeszcze, zwłaszcza w okolicach, mniej oświatą nawiedzonych, używane środki ludowe, w dawnych czasach były także zastosowywane nawet przez lekarzy. Niechaj nam wolno będzie choć dwa, na poparcie tego, ciekawe przytoczyć ustępy:

W paragrafie 24 mówi autor »de pediculis«: Pediculi sunt minuti in palpebris oculi plurimum hiis, qui diletantur stulte unde humores mali nascuntur in corpore, quorum cura est experta. Primo laventur palpebre *cum urina virginis pueri*. Deinde ponatur aloe epaticum dissolutum cum aqua ros. i t. d. A dalej w paragrafie 73: »Contra pannum et ungulam«.

Ad pannum et ungulam oculorum accipe salgemme et os sepie et *de stercore pueri* sicco de omnibus equaliter, quorum singulum ardeat per se in olla nova. Deinde ea similiter teras et pulverica et cum panno lineo fortiter cribra et illum pulverem oculis immitas«. Widocznie do moczu i kału już dawno przywiązywano znaczenie lecznicze.

Często znowu w połączeniu z moczem używano, i dziś stosowanych, środków, jak: szałwia, koper. I tak czytamy: Cura ad scabiem, pluritum et petiam oculorum: »Sume urinam pueri virginis et ieiunii et vinum album equaliter et buliant in olla nova cum ruta salvia et radice feniculi et pone in oculo«.

Bardzo słuszną i dziś zasługującą na uwzględnienie jest rada, zawarta w paragrafie 43: Oculi quandoque patiuntur ex simplici materia quandoque ex composita. Si ex materia composita, debent componi medicinae, si ex simplici simplices.

Leczenie okulistyczne opiera się przeważnie na zapatrywaniach patologii humoralnej. Głównem zaś zadaniem jest uwzględnienie osobistej skłonności. Przytem obok upustów krwi w postaci nacięcia

żyły i baniek, obok leków na kichanie i podrażnienie skóry, środki wewnętrzne stanowiły ideał leczenia.

Wiadomo, że średnie wieki hołdowały zasadom Hippokratesa. Po szczegóły niechaj ciekawy czytelnik odniesie się do oryginału, a niejednę przyjemną sprawi sobie czytaniem chwilę. *W.*

VI. LECZNICTWO.

33. **Wyskok mydlany** (spir. saponatus) poleca Prof. Mikulicz jako środek prosty i skuteczny do odkażania rąk i pola operacyjnego. Po wytarciu rąk kawałkiem muślinu, napojonego tym wyskokiem, i po wyczyszczeniu miejsc pod paznokciami, oraz łożysk paznokciowych, poddaje się ręce przez pięć minut działaniu wyskoku za pomocą wyjałowionej szczoteczki. Korzyści polegają na tem, że postępowanie to jest łatwem do przeprowadzenia, ręce pozostają wolne od zarazków, gdyż wyskok wnika w głąb, sposób ten jest tańszym od innych zawiłych, a wreszcie wyskok mydlany jest bezwonnym i nietrującym („Deutsche Med. Wochenschrift“ 15 czerwca 1899).

34. **Leczenie raka arszenikiem.** Jak wiadomo, polecili Drowie S. Czerny i Trunecek w Pradze przed dwoma laty metodę, polegającą na pędzlowaniu odświeżonej powierzchni raka wodno-wyskokowym rozczynem kwasu arsenowego w stosunku 1 gr. kwasu arsenowego na spir. rect. i aqu. dest. ana 75 gr.

Po kilkorazowem pędzlowaniu w ciągu tygodnia odłącza się strup; postępowanie to powtarza się kilka razy, a w ciągu 2—3 miesięcy narośl, n. p. wargi, bywa zupełnie usuwaną. Nawet po zupełnem zniknięciu narośli powtarza się pędzlowanie czas jakiś rozczynem słabszym 1:150.

Skoro przy głębiej usadowionych naroślach skóra jeszcze niezajęta, ścina się ją, a następnie postępuje, jak przy wrzodach rakowatych. Postępowanie to ma tę zaletę, że najmniejszy ślad narośli przez środek ten bywa zniszczonym, podczas kiedy tkanka zdrowa nie doznaje żadnego upośledzenia. Sposób gojenia tak autorzy tłomaczą: najprzód następuje odwodnienie komórek rakowatych przez wyskok, poczem zarodnia (protoplasma) przez arszenik ścina się. Tkanka rakowata zwyradnia się, a wysięk surowiczy wytwarza znowu zmiany w zeschniętych komórkach rakowatych, w zdrowej zaś tkance tworzy się zapalenie demarkacyjne, wskutek którego narośl, jako ciało obce, zostaje odłączoną („Klin. Therap. Wochenschrift“ i „Sem. Méd“. Nr 13).

35. **Mieszanka z eukainy i kokainy** ma, według Legrand'a, wyrównywać ujemne strony obu środków, nie osłabiając dodatnich. Składa się z: Rp. gelat. 2.0, Natr. chlor. 0.7, Acid. carb. crud. 0.1,

Eukain mur. 0.7, kokain. mur. 0.3 na Aq. dest. 100.0. Dodanie żelatyny ma rozmaite przynosić korzyści, mianowicie te, że najmniejsze przymieszki nieczyste, a zatem zarazki, wywołują zmętnienie płynu, że żelatyna sprawia znieczulenie czysto miejscowe, powstrzymuje zbytnie wessanie środka. Mięszanka ta przy zwyczajnej ciepłocie, żelatynowa zaś przy ciepłocie 20—22 stopni staje się płynną. Główna ujemna własność eukainy, t. j. rozszerzania naczyń, ustępuje właśnie w tej mięszance („Progrès Médical". Nr 16. 1899).

36. **Jodek arsenu** poleca znowu gorąco przeciw zołzom St. Phillippe z powodu, iż w tem połączeniu jod ma najlepiej i najpewniej bez ubocznego działania skutek wywierać. Podaje się, stosownie do wieku, 1—10 kropel rozczynu 1% jodu arsenowego we wodzie lub mleku przed albo też podczas jedzenia, i to 1—2 razy dziennie. Przy zbyt silnych dawkach występuje rozwolnienie, brak łaknienia, bezsenność i podrażnienie ogólne. Postępuje się więc z wzmożeniem dawek tylko bardzo powoli, a doszedłszy do najwyższej, powoli zmniejszać ją wypada („Revue de thérap." Dec. 1898). *W.*

VII. ROZMAITOŚCI.

Przenoszenie gruźlicy. Na kongresie dla zwalczania gruźlicy zaznaczył Fraenkel z Halli sposoby przenoszenia się gruźlicy. Z wywodów jego zasługują na uwagę okulisty następujące okoliczności: Poza naszem ciałem prątki gruźlicze ani powstają, ani się rozwijają. Źródłem więc zarażenia jest organizm sam, a w pierwszym rzędzie plwociny, jednakże trzeba pewnych sprzyjających okoliczności, by zarażenie mogło przyjść do skutku.

Tylko tacy chorzy przedstawiają prawdziwe niebezpieczeństwo dla otoczenia, u których istnieje otwarte połączenie pomiędzy ogniskiem zakaźnem a światem zewnętrznym. Gruźlica więc otrzewny, opon mózgowych nie przedstawia niebezpieczeństwa żadnego. Także powietrze wydechowe suchotników jest wolne od prątków, dopiero przy silnem wykrztuszaniu wydobywają się prątki na zewnątrz, tracą jednak szybko swą zaraźliwość, a pod wpływem światła słonecznego obumierają. Osuszone atoli obumierają dopiero w 6—10 miesięcy, dlatego właśnie zapatrywanie Cornet'a na przenoszenie się zarazka przez plwocinę wysuszoną i rozpyloną jest uzasadnione. Miejscem wnikania zarazków jest skóra, błona śluzowa ust, nosa, migdały, a także i przewód pokarmowy, przedewszystkiem zaś płuca. Organizm nasz posiada przyrodzoną odporność przeciw tym zarazkom i zazwyczaj dopiero ponowne zakażenie wywiera swój wpływ („Die aerztl. Prax." 1899. Nr 12).

Wycinanie załamków przejściowych, zajętych jaglicą. Przy rozmaitych sposobnościach zwracaliśmy uwagę na przykre dla oka na-

stępstwa zbyt wielkiej gorliwości operacyjnej w leczeniu jaglicy, zwłaszcza przez wycinanie załamków. Często nawet części chrząstki ulegają gorliwości tych, którzy w zabiegach swych leczniczych są krótkowzrocznymi i nie widzą następstw ujemnych. Sami często spotykaliśmy się z takimi przypadkami, a świeżo na zebraniu Towarzystwa oftalm. w Berlinie przedstawił Hirschberg przypadek jaglicy, gdzie przed trzema laty okulista „renomowany" na lewem oku wykonał obszerne wycięcie obu załamków, poczem zupełne zmętnienie rogówki i zeschnięcie się jej wytworzyło się, podczas gdy mniej energicznie operowane oko drugie względnie pozostało zdrowem.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Kliniczny profesor warszawskiego Ujazdowskiego szpitala Dr Jerofiej Kostienicz, mianowany 11 lipca nadzwyczajnym profesorem okulistyki w warszawskim uniwersytecie (po profesorze Wolfryngu), z pozostawieniem na zajmowanej dotąd posadzie. Napisał kilka rozpraw oftalmicznych w języku rosyjskim. Ostatni rok, uważając się za kandydata na powyższą profesurę, poświęcił studyom specyalnym w zagranicznych klinikach, przeważnie wiedeńskiej.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Józef Majer.

Józef Majer umarł w Krakowie d. 3 lipca b. r. Lubo nie był okulistą, to jednak tyle naukowych stycznych łączyło krakowskiego fizyologa z naszą specyalnościa, tyle osobistych było łączników przyjaźni między nim a pierwszymi przedstawicielami naszej gałęzi naukowej,— że wspomnę tutaj choćby tylko starczącego za wielu Wiktora Szokalskiego, — iż godzi się choć kilka słów poświęcić Jego pamięci w piśmie okulistycznem.

W tem mieście, gdzie po raz pierwszy d. 12 marca 1808 roku ujrzał światło dzienne, odbył Majer wszelkie studya przygotowawcze i naukowe, a zostawszy 12 stycznia 1831 roku doktorem wszech nauk lekarskich, wstąpił po krótkiej praktyce prywatnej do wojska polskiego, jako lekarz batalionowy, szybko awansował na sztabowego, a po spełnieniu obowiązku wobec Ojczyzny, starającej się odzyskać wolność polityczną, powraca do przerwanego zawodu naukowego. W r. 1833 zostaje zastępującym profesorem farmakodynamiki na wydziale lekarskim, dalej w roku 1835 rzeczywistym profesorem t. zw. Instytucyi lekarskiej dla lekarzy niższego rzędu, w roku zaś 1849 mianowany został profesorem fizyologii, i to pierwszym po odłączeniu nauki fizyo-

logii od anatomii. Tę gałąź nauk lekarskich uprawiał też najchętniej i najskuteczniej, chociaż szeroki jego umysł ogarniał korzystnie całą medycynę.

Na tej katedrze pozostawał aż do chwili, kiedy go w roku 1877 do ustąpienia zniewoliła ustawa państwowa, lubo nie przestawał i nadal uprawiać swej ulubionej niwy. Owoce jego skrzętnej pracy są niemałe. Nie będę przytaczał bardzo rozlicznych dzieł i rozpraw, ciekawemu czytelnikowi wskazując pod tym względem zestawienie bardzo sumienne Prof. Cybulskiego w życiorysie Zmarłego, umieszczonym w „Przeglądzie Lekarskim“ (Nr 28), a wspomnę tylko o *Fizyologii zmysłów*, dziele, które wyszło w r. 1857 i obejmuje przeszło 620 stronic. Samemu zaś zmysłowi widzenia poświęcił autor w tej pracy wielkiej przeszło 350 stronic. Jedyne to w polskim języku dzieło, odznaczające się nie tylko jasnością przedstawienia, pięknym językiem, ale obejmujące całą ówczesną i dawniejszą literaturę, i dziś jeszcze ma swą wartość naukową, a początkujący okulista winien dla pogłębienia wiadomości swych optyczno-fizyologicznych i dla przyswojenia sobie nomenklatury specyalnej, z dziełem tem zapoznać się wcześnie.

O Majerze jako nauczycielu, jako kierowniku naszej Almae Matris, jako prezesie Akademii Umiejętności, jako obywatelu i lekarzu mówiono i pisano w ostatnich czasach wiele i pięknie, ale mąż tej miary zasługuje na utrwalenie pamięci przez napisanie dzieła, któreby wykazało jak ten umysł się rozwijał samodzielnie, jak potężniał, jak wiedzę swą Majer krzewił i udzielał jej innym, jak wpływał na kulturny rozwój naszego społeczeństwa, a wszystko uczynić wypada choćby tylko dla zachęty innych, dla wskazania świetnego przykładu potomności.

Wicherkiewicz.

Dr Franciszek Chelius, były ordynaryusz okulistyki i chirurgii w uniw. heidelbergskim od roku 1849—1864, umarł w Ahrweiler, w 79 roku życia.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki **literackie** uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.